MDK
MEDIZINISCHER DIENST
DER KRANKENVERSICHERUNG
NORD

JAHRESBERICHT

2019/2020

AUSBLICK 2021

MDK MEDIZINISCHER DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG NORD

JAHRESBERICHT

2019/2020

AUSBLICK 2021

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

zweifellos wurde das Jahr 2020 durch ein Thema bestimmt: die weltweite Coronavirus-Pandemie. Sie hat das Leben der Menschen auch in Schleswig-Holstein zutiefst beeinflusst und geprägt. Nach wie vor sind zur Bewältigung der Pandemie erhebliche Einschränkungen notwendig, auch wenn die Verfügbarkeit mehrerer Impfstoffe eine klare Perspektive auf ein Ende der Pandemie eröffnet.

Selbstverständlich hatte die Pandemie auch große Auswirkungen auf die Arbeit des MDK Nord. Als unabhängiger Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung in den Ländern Hamburg und Schleswig-Holstein konnte der MDK seiner so wichtigen Arbeit nicht wie gewohnt nachgehen und kann das auch jetzt am Anfang dieses Jahres nicht in allen Bereichen tun. Die Regelprüfungen und Begutachtungen zur Einstufung der Pflegegrade durch Hausbesuche wurden zunächst zum Schutz der Versicherten bis Ende September ausgesetzt und mussten nach einer kurzen Wiederaufnahme erneut eingestellt werden, nachdem die Infektionszahlen im Zusammenhang mit der Pandemie erneut erheblich angestiegen waren.

Auch wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK ihren regulären Aufgaben nicht wie gewohnt nachgehen konnten, haben sie in dieser Krise große Dienste geleistet. Ab Anfang April haben sie mit ihrer pflegefachlichen und medizinischen Expertise unter anderem die Gesundheitsämter in den Kreisen und kreisfreien Städten unterstützt. Zwischenzeitlich waren mehr als 80 Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Assistenz- und Verwaltungsbereich des MDK Nord freiwillig dort im Einsatz und haben die Gesundheitsämter entlastet. Für dieses selbstlose und wichtige Engagement möchte ich mich von Herzen bedanken.



Dr. Heiner Garg

Gerade im Pflegebereich, der in der Pandemie besonders sensibel ist, haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK zusätzlich meinem Haus mit Rat und Tat zur Seite gestanden. Insbesondere an der Entwicklung von Handlungsempfehlungen für Pflegeeinrichtungen und an der Erstellung von Protection-Plänen zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen hat der MDK erheblich mitgewirkt. Darüber hinaus haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK eine telefonische Beratung für ambulante Pflegedienste und stationäre Einrichtungen übernommen. Auch jetzt wird mein Haus bei Anfragen von Bürgerinnen und Bürgern im Bereich Pflege, die mit der Pandemie zu tun haben, und bei der Organisation der Corona-Impfungen in Einrichtungen von Pflegefachkräften des MDK Nord unterstützt.

Für mein Haus ist und bleibt er bei vielen Einzelfragen ein wichtiger Ansprechpartner. Für mich steht fest, dass der Medizinische Dienst in dieser Krise, die eine der größten Herausforderungen in der Geschichte des Landes Schleswig-Holsteins ist, eine außerordentlich wichtige Rolle einnimmt.

Daher möchte ich an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes danken: Sie haben in dieser außergewöhnlichen Situation viel für die Menschen in unserem Land geleistet. Darauf dürfen Sie stolz sein!

Für das Jahr 2021 wünsche ich Ihnen alles Gute. Bleiben Sie gesund! Auch mit Ihrer Expertise und Tatkraft werden wir diese Krise erfolgreich bewältigen.

Dr. Heiner Garg

Minister für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein

Vorwort des Verwaltungsrates

Sehr geehrte Damen und Herren,

ein Jahr im Ausnahmezustand einer Pandemie liegt hinter uns. Vor uns liegt ein weiteres Jahr, von dem wir heute nur erahnen können, dass uns – hoffentlich bald – die Ergebnisse der modernen Impfstoffforschung wieder zu einer neuen Normalität verhelfen können.

Medizinisches und pflegerisches Personal ist selten so umfassend gefordert gewesen und steht selten so stark im Fokus des öffentlichen Interesses wie in dieser Zeit. Dabei zeigen sich die Vorteile, aber auch die Schwächen der weltweit sehr unterschiedlichen Gesundheitssysteme. Die gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung in Deutschland ist gut aufgestellt und hat die außerordentlichen Belastungen bislang gemeistert. Die Medizinischen Dienste stellen in diesem System sicher, dass Versicherte ihre Leistungen den Regeln entsprechend erhalten. Eine unabhängige Beratung, Begutachtung und Prüfung ist dafür die geeignete Voraussetzung.



Reinhard Richter

Immer wieder musste sich „der MDK“ in den vergangenen Jahren dafür rechtfertigen, dass er trotz seiner unmittelbaren Trägerschaft der Krankenkassen unabhängig von diesen seine gutachterlichen Empfehlungen abgibt. Der Vorwurf blieb trotz klarer gesetzlicher Regelungen bestehen, auch wenn er grundsätzlich und auch im Einzelfall unbegründet war.

Nun hat der Gesetzgeber mit dem „MDK-Reformgesetz“ genannten Regelwerk die MDK von der Trägerschaft durch die gesetzlichen Krankenkassen gelöst. Das soll die Eigenständigkeit der Medizinischen Dienste sichern. Ob es erforderlich war oder nicht: dieser Schritt führt hoffentlich dazu, dass damit die Unabhängigkeit der Begutachtung künftig allgemein akzeptiert wird.

Dem Gesetz folgend, hat sich der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Nord Anfang 2021 neu konstituiert und ist wie vorgegeben von bisher 15 auf 23 Mitglieder erweitert worden. Geändert wurde auch seine Zusammensetzung: Neben den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen und ihrer -verbände sind nun auch stimmberechtigte Patientenvertreter beteiligt. Die Leistungserbringer haben zudem zwei Sitze für die Pflegeberufe und die Ärzteschaft bekommen, die beratend teilnehmen.

Ich begrüße den neuen Verwaltungsrat, der mit einer neuen Satzung auch den neuen Namen bestimmt hat. Aus dem MDK Nord wird der **Medizinische Dienst Nord**. Der Zusatz „...der Krankenversicherung“ fällt weg. Die vollständige Umstellung werden alle Medizinischen Dienste in Deutschland erst zum Juli dieses Jahres gleichzeitig vollziehen.

Abschließend möchte ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des MDK Nord für ihren Einsatz danken. Wie Sie in diesem Jahresbericht lesen werden, sind auch die rund 580 Beschäftigten in der Corona-Pandemie besonders gefordert, bereiten sich aber auch auf die Zeit danach intensiv vor. Mit ihrer freiwilligen Amtshilfe in Gesundheitsämtern und Behörden unterstützen viele darüberhinaus das deutsche Gesundheitswesen im besten Sinne.

Reinhard Richter, Vorsitzender des Verwaltungsrates

Vorwort der Geschäftsführung und der Ärztlichen Leitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

persönlicher Kontakt zu anderen Menschen ist für unsere Arbeit ein zentrales Element. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK Nord begutachten Versicherte. Sie beraten bei Krankenkassen. Sie gehen in Krankenhäuser und in Pflegeeinrichtungen, um ihren Prüfaufgaben nachzukommen.

Doch mit Ausbruch der Corona-Pandemie im Frühjahr 2020 war der persönliche Kontakt bei Begutachtung und Beratung zuerst zu begrenzen, dann gänzlich zu vermeiden, um sich selbst und andere Menschen nicht zu gefährden. Innerhalb weniger Tage musste sich der MDK Nord auf die neuen Bedingungen einstellen und passt sich seitdem ständig der aktuellen Infektionslage an. Wie die Abteilungen diese Umstellung in allen Bereichen ermöglicht haben, ist ein Thema, das sich durch den gesamten Jahresbericht zieht.

Mit mobilem Arbeiten waren viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits vertraut; die technische Ausstattung unseres Dienstes ist gut. Dennoch war es ein Kraftakt, in wenigen Tagen alle Beschäftigten, bei denen das möglich war, ins Homeoffice zu schicken. Viele Abläufe im MDK Nord waren von Grund auf neu zu organisieren. Das Team unserer IT sowie die Serviceteams haben es dennoch mit viel Kreativität und Einsatzbereitschaft ermöglicht, während sie selbst bis heute – unter hygienisch gesicherten Bedingungen – in den Büros weiterhin die Aufgaben erledigen müssen, die zwingend eine Anwesenheit im Dienst verlangen.

Wo im Januar 2021 mit einer Homeoffice-Pflicht viele Arbeitgeber erst noch vom Gesetzgeber gedrängt werden mussten, hatte der MDK Nord seit Beginn der Pandemie einen hohen Anteil an Homeoffice. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schätzen diese Arbeitsweise und gehen verantwortungsvoll damit um. Rund zwei Drittel der Beschäftigten arbeiten aktuell von zu Hause aus und es ist geplant, dass ihnen diese Möglichkeit auch nach der Pandemie angeboten wird.

Wie zu erwarten, lassen sich nach einem solchen Ausnahmejahr die Zahlen unserer Beratungen und Begutachtungen nur sehr begrenzt mit denen der Vorjahre vergleichen. Viele persönliche Untersuchungen sind ausgesetzt, Prüfquoten in Krankenhäusern sind gesenkt und Regelprüfungen von Pflegeeinrichtungen gestrichen worden. Auffällig ist, dass dagegen die Anträge auf Pflegeleistungen um sieben Prozent verglichen mit dem Vorjahreszeitraum gestiegen sind. Mit einer Begutachtung in Form eines Telefoninterviews konnten die Gutachterinnen und Gutachter der Abteilung Pflegeversicherung ersatzweise rund 74.000 Versicherten dennoch zu einer Einstufung ihres Pflegegrades verhelfen. Dies ist nur eines von vielen Beispielen, wie der MDK Nord auch im Krisenmodus seine Aufgaben verantwortungsvoll wahrnimmt.

Dazu gehört auch, dass in der Spitze fast 90 unserer Beschäftigten freiwillig den Öffentlichen Gesundheitsdienst unterstützt haben und zum Teil noch immer unterstützen, solange ihre eigentlichen Aufgaben pandemiebedingt ausgesetzt waren beziehungsweise weiterhin sind.
Ganz unabhängig von der aktuellen Pandemielage beleuchten wir wichtige Neuerungen in der MDK-Begutachtung für 2021 gleich zu Anfang dieses Berichtes. Angesichts der sich fast wöchentlich ändernden Rahmenbedingungen wäre ein Blick in die Zukunft ansonsten kaum möglich.

Bei der Erstellung dieses Jahresberichtes sind wir Kompromisse eingegangen: Weil die Ausgabe zu 2019 im vergangenen Jahr pandemiebedingt ausfallen musste, fassen wir zwei Jahre zusammen.

Wir wünschen Ihnen eine kurzweilige Lektüre und hoffen, Sie bald wieder **persönlich** treffen zu können.

Peter Zimmermann, Geschäftsführer

Dr. Bernhard van Treeck, Leitender Arzt



Dr. Bernhard van Treeck   Peter Zimmermann

Inhalt

Hinweis:

Der MDK Nord beachtet und fördert gendergerechte Sprache in der internen wie externen Kommunikation. Nur für eine bessere Lesbarkeit wird in dieser Publikation durchgängig die männliche Form gewählt, außer wenn speziell die weibliche gemeint ist.

Fotoarbeiten in der Corona-Pandemie:

Der Infektionsschutz von Versicherten, in Pflegeeinrichtungen und in Krankenhäusern hat für den MDK Nord in der Corona-Pandemie generell Vorrang. Das Fotografieren für diesen Jahresbericht war aus diesem Grund nur eingeschränkt möglich. Deshalb ist diese Ausgabe mit Fotos aus den Vorjahren ergänzt. Für die freundliche Unterstützung der Fotoarbeiten in den Testzentren dankt der MDK Nord dem DRK Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg.

Feste Quoten, wo vorher keine waren

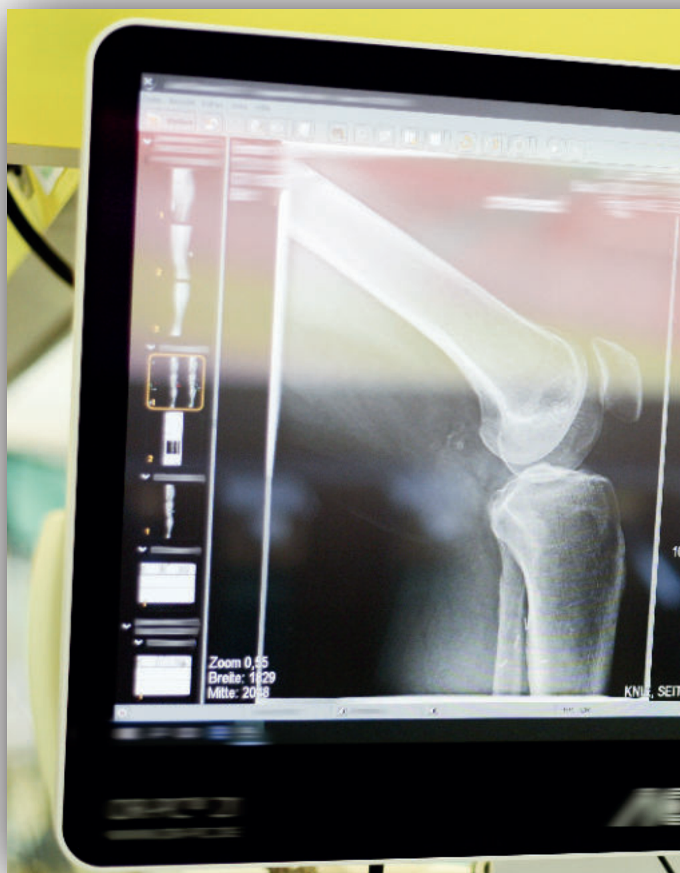
Den Vorwurf deutscher Krankenhäuser, dass zu viel geprüft werde, hat der Bundesgesundheitsminister aufgegriffen: Anfang 2020 ist als Teil des sogenannten „MDK-Reformgesetzes" ein komplexes Berechnungsmodell in Kraft getreten: Es regelt, wie viele Fälle die Medizinischen Dienste künftig prüfen dürfen. Die Folge: die Prüfzahlen werden runtergehen, andere, zum Teil unerwünschte Effekte aber zunehmen.

Schon das bisherige System der Prüfungen von Krankenhausabrechnungen (auf Grundlage des DRG- und des PEPP-Systems) ist für Außenstehende schwer zu verstehen: Gutachter der Medizinischen Dienste prüfen im Auftrag der Krankenkassen, ob Kliniken ihre Operationen, Liegezeiten und andere Leistungen korrekt abgerechnet haben. Grundlage ist der Fallpauschalenkatalog des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), das unabhängig und auf Basis der Daten von Krankenhäusern jährlich neu die Fallpauschalen nach streng mathematischen Regeln kalkuliert. Das Prinzip: Gleicher Preis für gleiche Leistung.

Ziel der MDK-Prüfungen ist die Frage, ob das Krankenhaus eine korrekte Einordnung in das Fallpauschalen-System „DRG" (Diagnosis Related Group) beziehungsweise PEPP-System (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) vorgenommen hat. Mehrere tausend „Kodes" stehen in diesem System für Diagnosen, Operationen und konkrete Interventionen wie zum Beispiel Herzkatheter-Behandlungen. Falsche Kodierungen machen Unterschiede von oft mehreren tausend Euro aus. Geld, das die Krankenkassen zurückfordern müssen. Sie sind gesetzlich verpflichtet, die Abrechnungen auf Korrektheit zu prüfen. Der Grund: Es ist das Geld der Krankenversicherten, die am Ende über ihre Beiträge zu viel bezahlen müssten.


Dr. Andreas Krokotsch

Weil immer mehr fehlerhafte Abrechnungen gefunden wurden, hatten die Krankenkassen in den vergangenen Jahren bundesweit immer mehr Prüfungen bei den MDK in Auftrag gegeben: im MDK Nord in 2019 rund 20 Prozent aller Krankenhaus-Fälle, in anderen MDK zum Teil noch mehr. „In den folgenden Jahren wäre bei gleichen Rahmenbedingungen der Anteil der Prüffälle noch weiter angestiegen, da die erforderlichen Korrekturen in 60 Prozent der Fälle noch nicht auf das Ende der Fahnenstange deuteten", beschreibt Dr. Andreas Krokotsch, der Leiter der Abteilung Krankenhaus, den zu erwartenden Verlauf, wie er sich vor dem MDK-Reformgesetz darstellte.

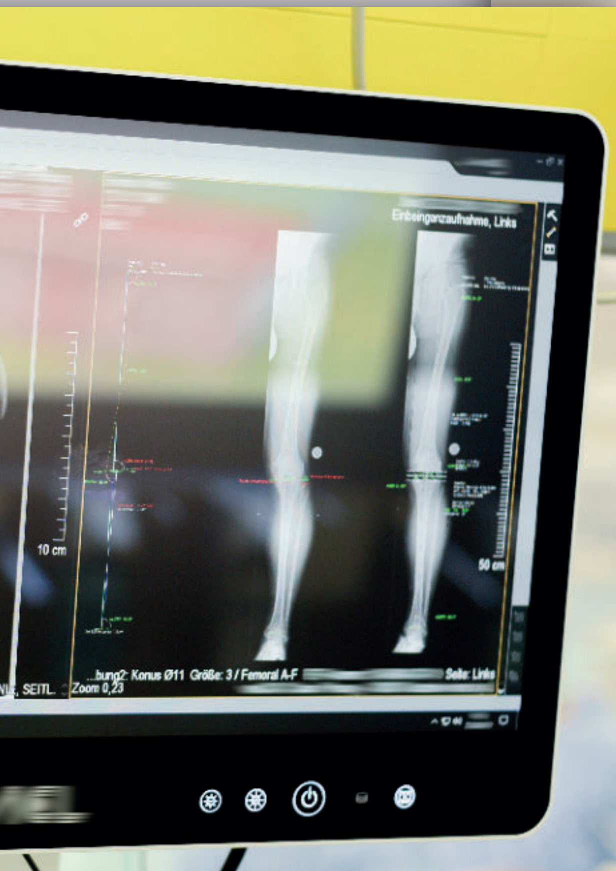


Startverschiebung wegen Pandemie

Dem wollte der Gesetzgeber entgegen steuern. Im neuen Paragrafen 275c des fünften Sozialgesetzbuches hat die große Koalition Ende 2019 ein Prüfquotensystem beschlossen, das die Zahl der Einzelfallprüfungen und Fehlkodierungen begrenzen soll, und das Krankenhäuser, Krankenkassen und Medizinische Dienste gleichermaßen vor Herausforderungen stellt. „Allerdings", schränkt Dr. Krokotsch ein, „folgte auf den Start 2020 mit der beginnenden Corona-Pandemie eine Aussetzung der gerade neu eingeführten Prüfquoten im März. Um die Krankenhäuser in der Pandemie zu entlasten, wurde vieles um ein Jahr verschoben. Eingeführt wurde vorübergehend im Bereich Krankenhaus lediglich eine allgemeine Quote von fünf Prozent." Während bisher die Krankenkassen zu jeder Zeit und in jeder Höhe Prüfungen beauftragen durften, sehen die Regeln zum jetzt verschobenen



Operationen im Krankenhaus werden nach Fallpauschalen im DRG-System abgerechnet. Auch ob Liegezeiten auf der Station (rechts) erforderlich waren, hat der Medizinische Dienst im Einzelfall zu prüfen.



Neustart wie folgt aus: 2021 gilt zuerst eine einheitliche Prüfquote von 12,5 Prozent für alle, sozusagen zum Eingewöhnen. 2022 soll es komplexer werden: Dann sind laut Gesetz die Prüfquoten gestaffelt, je nachdem, wie gut oder schlecht ein Krankenhaus in den vorangegangenen Quartalen bei Prüfungen abgeschnitten hat. Die Korrekturquote eines Krankenhauses wird aus den Prüfergebnissen aller Krankenkassen einer Klinik ermittelt. Je höher das Ausmaß an Fehlkodierung, desto mehr Fälle werden geprüft. Im Extremfall ist bei sehr hohen Fehlkodierungen oder systematischer Fehlkodierung eine Entdeckelung der Prüfquote möglich. Als Anreiz gilt: nur fünf Prozent seiner Abrechnungen bekommt geprüft, wer zuvor 60 Prozent oder mehr „unbeanstandete Schlussrechnungen“ hatte, wie es im Gesetz heißt; zehn Prozent, wer dabei zwischen 40 und 60 Prozent lag. Die Höchst-Prüfquote von dann 15 Prozent muss jedoch das Krankenhaus hinnehmen, das zuvor weniger als 40 Prozent unbeanstandete Abschlussrechnungen hatte – oder umgekehrt: bei dem zu 60 Prozent falschkodierte Abrechnungen gefunden worden sind.

Das Anreizsystem entfaltet seine volle Macht, wenn eine Klinik weniger als 20 Prozent unbeanstandete Schlussrechnungen vorweisen kann, also umgekehrt 80 Prozent falsche Abrechnungen vorlegt. Dann ist eine Krankenkasse auch zu weiteren Prüfungen losgelöst vom neuen Quotensystem berechtigt. Gleiches gilt, wenn für eine Krankenkasse „der begründete Verdacht auf eine systematisch überhöhte Abrechnung vorliegt“, wie es der Paragraf 275c des fünften Sozialgesetzbuches vorgibt. Dann können theoretisch 100 Prozent der Fälle dieses Krankenhauses geprüft werden.

Der Gesetzgeber hat aber nicht nur die Anzahl von Abrechnungsprüfungen reduziert, er hat sie in manchen Bereichen auch verschlankt, indem er gleichzeitig regelmäßige Strukturprüfungen in Krankenhäusern etabliert. Sie sind künftig vorgeschaltet, um festzustellen, ob ein Krankenhaus die notwendigen Standards zu Personal und Ausstattung erfüllt, um die Leistungen zu erbringen. Im Gegenzug wurde bestimmt, dass diese Strukturmerkmale nicht mehr im Einzelfall geprüft werden. Das entlastet die Klinik bei der Einzelfallprüfung dieser Fälle. Mit Strukturprüfungen hat der MDK Nord seit Jahren Erfahrung. Sie haben nun eine klare Rechtsgrundlage. Die Bescheinigungen des Medizinischen Dienstes, dass die Voraussetzungen vom Krankenhaus erfüllt sind, werden – erstmals – zur Voraussetzung einer Abrechnung (siehe „Sichere Budgetplanung…“, Seite 11).

Quoten beziehen sich auf Quartale

Auf den ersten Blick sehen die Prüfquoten-Regelungen noch einfach aus. Schwierig wird es, weil die Quoten sich von 2022 an auf die Jahresquartale beziehen und damit immer wieder neu errechnet werden müssen: im ersten Quartal werden sie erhoben, im zweiten berechnet, im dritten angewendet, und so weiter. Die Folge ist, dass schon jetzt die Krankenkassen anders als bisher ihre Aufträge übermitteln: „Statt kontinu-



ierlicher Eingänge jeden Tag haben wir nun hohe Auftragsspitzen zum Quartalsende. Die Krankenkassen warten bis zum Ende, um Fälle mit dem höchsten Fehlabrechnungspotenzial bei uns vorlegen zu können“, so Dr. Krokotsch. Weshalb sich vor allem die Serviceteams umstellen müssen, die die Auftragseingänge bearbeiten, ebenso sowie die Teamassistenzen, die die Gutachten verplanen. Die Gutachter würden davon jedoch nichts merken; sie seien bei der Bearbeitung nicht an die Quartale gebunden. „Das freigegebene Gutachten zählt ab der Übermittlung an die Krankenkasse und damit automatisch zwei Quartale später für die Prüfquote“, erklärt Krokotsch das System.

Wer legt die Quoten fest? Diese Aufgabe hat der GKV-Spitzenverband in Berlin übertragen bekommen, der in diesem neuen System die Aufträge aller MDK verarbeitet und bundesweit für alle Krankenhäuser und Krankenkassen die Prüfquoten errechnet. Auch das habe zu einem Paradigmen-Wechsel geführt, bemerkt Dr. Krokotsch, weil die medizinischen Dienste nun den klaren gesetzlichen Auftrag hätten, eine quotengerechte Beauftragung der Krankenkassen zu kontrollieren. Ein eigenes Tool des MDK Nord-Controlling unterstützt dabei die Krankenkassen, die in Schleswig-Holstein und Hamburg tätig sind. Es zeigt jeder einzelnen Kasse, wie viele Prüfaufträge sie je Krankenhaus im Quartal noch vergeben können (siehe „Klinik-Prüfquoten im Blick“, Seite 36).

„Aufschlag“ für Krankenhäuser neu eingeführt

Sind Anreize ohne Sanktionen sinnvoll? Diese Frage hatten die Krankenkassen in den vergangenen Jahren immer wieder gestellt und eine „symmetrische Aufwands-Entschädigung“ gefordert. Denn bisher mussten nur die Krankenkassen 300 Euro als Entschädigung an das Krankenhaus zahlen – für den Aufwand der Klinik, wenn sich bei der Prüfung herausstellt, dass alles korrekt abgerechnet worden ist. Umgekehrt musste das Krankenhaus lediglich den strittigen Betrag zurückzahlen, wenn Fehler bei der Kodierung entdeckt wurden. Das hat der Gesetzgeber geändert und einen „Aufschlag“ auf Klinikseite eingeführt. Er beträgt mindestens 300 Euro, kann aber viel höher ausfallen, je nach Höhe der Korrekturquote eines Krankenhauses. Auch hier bietet ein komplex gestaffeltes Berechnungs-System jetzt Anreize für Krankenhäuser, ein sogenanntes „Upcoding“ zu unterlassen, also nicht mehr einen höherwertigen aber falschen Kode abzurechnen.

„Als Ergebnis sehen wir bereits jetzt, dass sich der Fallmix ändert“, darauf macht Andreas Krokotsch als Folgewirkung aufmerksam: 2019 sei noch die Begutachtungen von Liegezeiten im Krankenhaus der häufigste Prüfanlass gewesen. Dabei sei es um Fragen nach einer Fehlbelegung oder der sogenannten „Grenzverweildauer“ gegangen. Geprüft wurde, ob das Krankenhaus jemanden einen Tag vor der OP stationär aufgenommen hatte, obwohl es nicht nötig war oder ob es einen Patienten länger oder kürzer als medizinisch notwendig „auf Station gehalten“ hat. Dies waren Fälle mit geringerem Streitwert.

Wegen der limitierten Prüffälle würden Krankenkassen jetzt tendenziell komplexere und teurere Behandlungs- und Abrechnungsfälle zur Begutachtung beauftragen, „sodass wir in der Summe zwar weniger Fälle prüfen, die dafür aber umso aufwendiger in der Bearbeitung sind“, so Krokotsch. „Für uns Gutachter wird es deshalb anspruchsvoller. Aber es ist sinnvoll, den MDK mit diesen komplexen Fragestellungen zu beauftragen.“

Momentan trägt die Corona-Pandemie zusätzlich zu einem geänderten Fallmix bei: Der Anteil elektiver, also potenziell aufschiebbarer, Kurzliegerfälle fällt deutlich geringer aus. Aus Angst vor einer Infektion vermeiden viele Menschen zurzeit eine Behandlung, wenn sie nicht zwingend notwendig ist. Bei den Kurzliegerfällen ist der Anteil an falschen Abrechnungen jedoch erfahrungsgemäß besonders hoch.

Insgesamt hat der Gesetzgeber mit diesem neuen Prüfquotenmodell alle Beteiligten stark gefordert. „Wir haben uns als MDK Nord sehr gewissenhaft darauf vorbereitet, um diese Quoten zu kontrollieren“, sagt Dr. Krokotsch und macht hinter den umfassenden Veränderungen erstmal ein Fragezeichen: „Es ist nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber etwas gegen die vielen Falschabrechnungen und die vielen dadurch notwendigen Abrechnungsprüfungen unternommen hat. Ob das grundlegend neue Prüfmodell mit seinen Anreizen die Erwartungen erfüllt und trotz deutlich weniger Abrechnungsprüfungen dennoch eine bessere Abrechnungsqualität erreicht und das bei fortbestehendem Wettbewerb der Krankenhäuser, das wird sich in den nächsten Jahren zeigen.“



Sichere Budgetplanung nach Strukturprüfungen

Medizinische Leistungen können aufwendig und teuer sein. Beispiele dafür sind die multimodale Schmerztherapie, intensivmedizinische Behandlungen oder die Schlaganfall-Therapie. Um solche Eingriffe zukünftig vergütet zu bekommen, müssen Krankenhäuser im Vorfeld nachweisen, dass sie dazu auch in der Lage sind. Erfolgreich bestandene sogenannte Strukturprüfungen durch den Medizinischen Dienst sind dann Voraussetzung, um solche Leistungen im Einzelfall überhaupt abrechnen zu können – ein Paradigmenwechsel.

Strukturprüfungen selbst sind nicht neu. In den vergangenen Jahren haben die MDK Nord-Gutachter immer wieder begutachtet, ob Krankenhäuser für bestimmte Leistungen die personellen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllen und die Geräte vorhanden sind, um bestimmte Gesundheitsleistungen anbieten zu können. Die Vorgaben dazu finden sich in sogenannten OPS-Kodes. „Festgestellte Mängel betrafen fast immer nicht ausreichend vorhandenes medizinisches Personal", so die Erfahrung von Dr. Pawel Dube, der als Fachbereichsleiter die Prüferteams führt.

Doch während Strukturprüfungen bisher nur vereinzelt von den Krankenkassen in Auftrag gegeben wurden (siehe unten), sind sie nun durch den neuen Paragrafen 257d des fünften Sozialgesetzbuches für bestimmte Leistungen vorgeschrieben. „Etwa 40 bis 60 Prüfungen pro Jahr hatten wir bisher. Mit dem gesetzlichen Auftrag werden sich die Prüfaufträge verzehnfachen", prognostiziert Dr. Dube. Davon betroffen sind die meisten der zurzeit rund 112 Krankenhäuser in Schleswig-Holstein und Hamburg.

Zu prüfen sind Anforderungen nach dem „Operationen- und Prozedurenschüssel", kurz OPS, die vom BfArM, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, bundesweit festgelegt werden. Hinter den zurzeit mehr als 50 OPS-Kodes können sich zum Beispiel komplexe Schlaganfall-Therapien, Beatmungs-Entwöhnung oder psychiatrische Behandlungen verbergen, für die jeweils bestimmte Anforderungen, „Strukturmerkmale" genannt, verbindlich gelten. Das Gesetz sieht vor, dass Krankenhäuser künftig eigenständig eine Prüfung beantragen müssen, wenn sie im folgenden Jahr eine oder mehrere Leistungen nach bestimmten OPS-Kodes abrechnen wollen. Für alle wird es ungewohnt, dass sie einen Antrag bei ihrem Medizinischen Dienst vor Ort einreichen müssen. Das ist ein Novum: Zum ersten Mal stellt der Medizinische Dienst rechtswirksame Bescheide aus. Sie sind bindend, anders als die gutachterlichen Stellungnahmen, mit denen der Medizinische Dienst lediglich die gesetzlichen Krankenkassen als Entscheidungsträger berät.

„Wir haben daraufhin zuerst festzulegen, wie etwas zu prüfen ist. Ob eine Dokumentenprüfung ausreicht, wie etwa bei geforderten Facharzt-Urkunden, ob eine Begehung vor Ort sinnvoll ist oder auch eine Mischform von beidem", erklärt Dr. Dube. Sind alle Voraussetzungen erfüllt, stellt der Medizinische Dienst nach der Prüfung eine Bescheinigung aus, die Grundlage für die Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen ist. Dr. Dube sieht diesen Aufwand positiv: „Das



Viele Behandlungen sind zukünftig nur abrechenbar, wenn Krankenhäuser festgelegte Vorgaben, Strukturmerkmale genannt, erfüllen. Der Medizinische Dienst hat diese zu prüfen und zu bestätigen.

Sonderfall GBA-Richtlinien

In den vergangenen Jahren hat der MDK Nord vor allem Leistungen nach Qualitäts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) kontrolliert. Diese sind jedoch nicht Teil des Prüfauftrages laut Paragraf 275d SGB V. Die G-BA-Richtlinien geben die Standards für sogenannte „besonders sensible Therapiebereiche" vor. Dazu gehören gefäß- und herzchirurgische Eingriffe sowie die Versorgung von Frühgeborenen. Diese Vorgaben zu prüfen, ist weiterhin zusätzlich zu den Strukturprüfungen von OPS-Kodes im Auftrag der Krankenkassen möglich.



Sind notwendige Geräte eines Intensiv-Bettes vorhanden und funktionsfähig? Diese Frage könnte Teil einer Strukturprüfung sein.

sorgt auf jeden Fall für Transparenz bei den Verhandlungen, weil beiden Seiten klar ist, dass die geforderten Voraussetzungen auch wirklich vorhanden sind." In jedem Fall gilt künftig: ohne Bescheinigung keine Abrechnung.

Es sei wichtig, dass sich Krankenhäuser rechtzeitig beim Medizinischen Dienst melden und beantragen, bemerkt Dube, „so früh wie möglich, damit sie schnellstmöglich Planungssicherheit für das kommende Budgetjahr haben". Es gelte: Ein Krankenhaus müsse bereits zum Zeitpunkt der Prüfung die Voraussetzungen erfüllen, um die Bescheinigung fürs kommende Jahr zu erhalten. Ein spät eingereichter Prüfantrag ist riskant: „Wer dann durchfällt, der kann vielleicht nicht mehr rechtzeitig nachbessern und muss erneut geprüft werden. Als Folge ginge das Krankenhaus ohne Bescheinigung ins neue Abrechnungs-Jahr, warnt Dr. Dube. Das könne erhebliche finanzielle Auswirkungen haben.

Umsetzung wegen Pandemie gestoppt

Den Zeitplan der Umsetzung hat 2020 jedoch die Corona-Pandemie ordentlich durcheinander gebracht. „Januar und Februar waren wir noch auf dem Weg. Dann hat der Gesetzgeber erstmal alles gestoppt", blickt Pawel Dube zurück. 24 Strukturprüfungen vor und während des Lockdowns habe man noch bearbeiten können, zum Teil in Aktenlage, bis dann alles um ein Jahr verschoben worden sei. Die Zwischenzeit konnte der Fachbereich jedoch gut nutzen, um sein Prüferteam – fast alle im Homeoffice – aufzustocken und einzuarbeiten. Die



Dr. Pawel Dube

Pflegefachkräfte und Ärzte der Abteilung Krankenhaus seien damit auf die Prüfungen gut vorbereitet, betont Dube.

„Wir wollten aber auch die Krankenhäuser mit den neuen Anforderungen nicht allein lassen und haben, wo Bedarf war, in den vergangenen Monaten Videokonferenzen angeboten, um sie auf 2021 vorzubereiten", schildert Dube. Hilfreich sei dabei die gute technische Vernetzung zwischen Kliniken und dem MDK Nord gewesen. „Wir konnten zwar immer unsere Videoplattform anbieten, viele Krankenhäuser waren aber selbst gut mit eigenen Plattformen vorbereitet. Technische Probleme hatten wir so gut wie nie."

Die Laufzeit der Bescheinigung des Medizinischen Dienstes beträgt in der Regel zwei Jahre. In besonderen Konstellationen wird jährlich geprüft, zum Beispiel, wenn zuvor erst eine Nachprüfung die Voraussetzung bestätigen konnte, wenn personelle Voraussetzungen wichtig oder die Behandlungen medizinisch besonders sensibel seien, erklärt Dube. Damit während der Laufzeit die Standards nicht unbemerkt absinken, hat der Gesetzgeber die Krankenhäuser verpflichtet, wesentliche Veränderungen zu melden: Wenn sie laut Paragraf 275d mehr als einen Monat Voraussetzungen nicht mehr erfüllen, haben sie dies den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst mitzuteilen.

Bevor das System richtig anlaufen kann, haben Dr. Dube und die Strukturprüfer in 2021 noch viel Arbeit vor sich. Denn egal ob einjährige oder zweijährige Laufzeit: der Medizinische Dienst hat zu Anfang einmal alle OPS-Kodes in allen Krankenhäusern zu prüfen, die diese Leistungen anbieten wollen. Das werde in diesem Jahr „besonders herausfordernd", meint Pawel Dube. Er geht zurzeit davon aus, dass die Strukturprüfungen ab dem zweiten Quartal „so richtig losgehen". Insgesamt sieht er als Facharzt und Gutachter des Medizinischen Dienstes die neue Gesetzgebung positiv: „Ich denke, dass davon das Gesundheitssystem als Ganzes profitieren wird. Denn es stellt sicher, dass das Geld der Versicherten für diese Behandlungen nach einheitlich hohem Standard verwendet wird und Abrechnungs-Voraussetzungen auch eingehalten werden."



Was nach den Pflegenoten kommt

Über Jahre wurden sie bemängelt, die Pflegenoten, weil sie gefühlt immer zu gut waren: Eine „1“ vor dem Komma, obwohl die Pflege Mängel aufwies. Damit war eines der Ziele, die Verbraucher bei der Auswahl der Pflegeeinrichtung zu unterstützen, verfehlt. Auch der MDK Nord hatte sich frühzeitig gegen diese Art der Benotung gewandt. Nach den vielfach kritisierten „Pflegenoten“ wurde ein neues Prüfverfahren für die vollstationären Pflegeeinrichtungen mit wesentlicher Unterstützung durch Wissenschaftler erarbeitet. Es startete im November 2019. Was ist geblieben und was hat sich geändert?

„Wenn wir den Ablauf der Prüfung betrachten, bleibt der grobe Rahmen der MDK-Regelprüfung erstmal gleich“, erklärt Elise Coners, die Leiterin des Fachbereiches § 114 SGB XI (für die Qualitätssicherung und Beratung von Pflegeeinrichtungen) der Abteilung Pflegeversicherung. „Die Prüfteams kommen für ein bis zwei Tage in die Einrichtungen, sie führen ein Einführungs- und ein Abschlussgespräch mit den Verantwortlichen, sie nehmen Versicherte „Inaugenschein“ – das heißt, sie sehen sich unter anderem die Haut an, prüfen den Ernährungszustand und den Grad der Mobilität. Weiter sprechen sie mit den Bewohnern und dem Pflegepersonal und sehen sich die Unterlagen der Pflegeeinrichtung an.“



Die „Inaugenscheinnahme“ zum Beispiel des Hautbildes ausgewählter Bewohner durch die Gutachterin bleibt ein wichtiger Teil auch der neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinie.

Die Regeln und die inhaltliche Ausrichtung dieser Prüfungen haben sich jedoch mit der Einführung der neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR) geändert. Und die sei komplex und dem interessierten Laien schwierig zu erklären, räumt Elise Coners ein: Bisher konnte der MDK beurteilen, ob die Anforderungen in Gänze erfüllt oder ob zumindest eine Anforderung nicht erfüllt war. Die Gutachter haben die Fragen entweder mit „ja“ oder „nein“ beantwortet. Jetzt beurteilen sie, ob es sich um eine reine Auffälligkeit handelt, oder bereits um ein Defizit. Finden sie bei der Überprüfung ein Defizit, müssen sie differenzieren, ob daraus ein Risiko für den Bewohner resultiert. Ein Beispiel hierfür sei, wenn Vermeidung von Druckgeschwüren kein Teil der Pflegeplanung ist. Die Gutachter haben dann im Weiteren zu prüfen, ob daraus bereits eine negative Folge für den Bewohner eingetreten ist – also ein Druckgeschwür entstanden ist.



Elise Coners

Ein Defizit mit negativen Folgen sei auch dann schon gegeben, so Elise Coners, wenn der Bewohner nicht entsprechend seiner Bedarfe oder seines Bedürfnisses gepflegt werde. „Ein praktisches Beispiel wäre, wenn der Wunsch, zweimal in der Woche zu duschen, nicht beachtet würde.“

Qualitätsaussagen ersetzen Ausfüllanleitungen

Während im alten Prüfsystem einzelne Fragen auf Basis vorformulierter – und damit eng gefasster – Entscheidungsspielräume im Rahmen von Ausfüllanleitungen zu beantworten waren, sind im neuen System übergreifende Qualitätsaussagen definiert. Diese bieten dem Gutachter die Möglichkeit, anders als bisher die Versorgung der Bewohner umfassender zu beurteilen. „So kann geprüft werden, ob entsprechend des gültigen Pflegeverständnisses die Selbständigkeit der Bewohner gefördert wird“, erklärt die Fachbereichsleiterin. Es gehe also darum, festzustellen, was der pflegebedürftige Mensch noch selbständig machen könne und ob die Pflegeeinrichtung ihn dabei unterstütze, diese Selbständigkeit zu erhalten oder zu fördern. „Kann ein Bewohner beispielsweise noch wenige Schritte gehen, ist dieses Potential zu erhalten und zu fördern. Das ist bei den Pflegehandlungen zu berücksichtigen.“

Insgesamt werden im neuen Prüfsystem – verglichen mit der vorherigen Regelung – mehr bewohnerbezogene Aspekte



Pflegeeinrichtungen können zusätzlich eigene Informationen zur Ausstattung des Hauses und ihres Pflegeangebotes mit der Qualitätsbewertung veröffentlichen. Dies soll das Informationsangebot für Interessenten verbessern.



geprüft. Von den insgesamt 24 Qualitätsaspekten befassen sich nun 21 mit der personenbezogenen Versorgungsqualität.

Mit dem neuen System sind auch neue Prüfinhalte hinzugekommen. „Der MDK prüft jetzt auch, ob bei Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens die Bewohner bei der Nutzung von Hilfsmitteln wie Hörgerät und Brille unterstützt werden", ergänzt Coners. „Und Pflegeeinrichtungen haben jetzt mehr denn je eine eigene Verantwortung bei der Qualitätssicherung und auch bei der Qualitätsdarstellung." Sie haben nun zweimal im Jahr bei allen Bewohnern ihrer Einrichtung (Qualitäts-)„Indikatoren" zu erheben. So könne die Einrichtung selbst feststellen, wie sich zum Beispiel die Mobilität eines Bewohners in den letzten sechs Monaten entwickelt oder ob sich unbeabsichtigt ein Gewichtsverlust eingestellt habe.

Regelprüfungen nicht mehr unangemeldet

Die Eigenerhebungen stellen einen wichtigen Ansatz für die eigene Qualitätssicherung der Pflegeeinrichtungen dar. „Das alleinige Erheben dieser Indikatoren reicht natürlich nicht", so Elise Coners. Pflegeeinrichtungen, die dabei einen relevanten unbeabsichtigten Gewichtsverlust bei Bewohnern erkennen, sind zur Ursachenklärung verpflichtet. Sie müssten Maßnahmen ergreifen, um nach Möglichkeit dieser „negativen Gewichtsentwicklung" entgegenzuwirken. „Nur wenn konsequent Handlungen abgeleitet und umgesetzt werden, wird die Erhebung der Indikatoren einen positiven Einfluss auf die Pflegequalität einer Pflegeeinrichtung nehmen", betont die Fachbereichsleiterin.

Erleichtert wird manche Pflegeeinrichtungen über eine weitere Neuerung sein: Regelprüfungen erfolgen nicht mehr unangemeldet; laut QPR müssen nun sie nun am Tag zuvor angekündigt werden. Das gilt auch am Sonntag für Montag.

Neue Qualitäts-Bewertung in drei Säulen

Die neue Bewertung der Pflegequalität besteht jetzt aus drei Säulen: Wie bisher werden ausgewählte Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen in den Pflegeportalen der Kostenträger veröffentlicht. Dazu kommen die „Qualitätsindikatoren", die die Einrichtungen selbst erheben, sowie als Drittes Informationen der Pflegeeinrichtungen zu Ausstattung und Pflegeangebot. Das Informationsangebot soll damit größer werden und für die Nutzer besser nach eigenen Interessen auswählbar sein – jetzt ohne Noten. Stattdessen werden die Ergebnisse der Prüfungen des Medizinischen Dienstes in einem vierstufigen Bewertungsschema dargestellt. Unterschieden wird zwischen „keine oder geringe Defizite", „moderate Qualitätsdefizite", „erhebliche Qualitätsdefizite" und „schwerwiegende Qualitätsdefizite".

Die Corona-Pandemie hat den Start der flächendeckenden Qualitätsprüfungen nach dem neuen System verzögert. Da im Jahr 2020 wegen des notwendigen Infektionsschutzes der Bewohner erst wenige Einrichtungen nach dem neuen System geprüft werden konnten, wird die neue „Qualitätsdarstellung", wie sie nun heißt, im Jahr 2021 erst für wenige Häuser abrufbar sein. Die Frage, ob die Pflegeangebote zukünftig ehrlicher und transparenter abgebildet werden, bleibt also noch unbeantwortet.



„Es sind Operationen am gesunden Körper“

Die Begutachtung von Transsexuellen, die eine geschlechtsanpassende Operation wünschen, gehört zu den anspruchsvollsten Aufgaben des Medizinischen Dienstes. Im Jahr 2020 sind knapp 400 Aufträge zu dieser Frage beim MDK Nord vorgelegt worden. Dr. Nils-Ole Wendler, Fachbereichsleiter plastische und bariatrische Operationen und Teamleiter der Abteilung Ambulante Versorgung, ist einer der Gutachter, die diese Fälle seit vielen Jahren begutachten. Er hat auch an der gerade neu erschienenen Begutachtungsanleitung Transsexualität des MDS mitgearbeitet.

Herr Dr. Wendler, was genau ist Transsexualität und was hat der MDK damit zu tun?

Nach den derzeit gültigen klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 ist Transsexualität (F64.0) definiert als Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen biologischen Geschlecht. Infolge dieses Leidensdrucks besteht meist der Wunsch nach einer hormonellen und chirurgischen Behandlung, um den Körper dem gefühlten Geschlecht soweit wie möglich anzupassen. Und hier kommt der MDK ins Spiel: Um zu beurteilen, ob die Voraussetzungen für solche geschlechtsangleichende Maßnahmen im Einzelfall erfüllt sind, kann der MDK bei solchen Anträgen von den Krankenkassen zur Begutachtung beauftragt werden.

Was ist der Sinn der gerade überarbeiteten Begutachtungsanleitung (BGA) und warum war eine Überarbeitung notwendig?

Sinn dieser verbindlichen BGA ist die Erstellung von bundesweit einheitlichen Kriterien. So wird für eine Sicherung der Qualität gesorgt, egal wo in Deutschland die Begutachtung stattfindet. Das führt zur Transparenz in der Begutachtung, auch gegenüber Betroffenen und Behandlern. Die letzte Begutachtungsanleitung des MDS ist aus dem Jahr 2009.

Seitdem hat sich viel verändert: Neuere medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse zur Transsexualität und aktuelle Sozialrechtsprechung erforderten eine Überarbeitung der BGA. Hinzu kam als weiterer Grund die AWMF-Leitlinie zu „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“, einer S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung aus dem Oktober 2018.


Dr. Nils-Ole Wendler

Transsexuelle empfinden sich nicht als krank. Hier erfolgen Eingriffe in einen gesunden Körper und eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht nur im Krankheitsfall. Wieso werden solche Behandlungen überhaupt von der Krankenkasse bezahlt?

In der Tat handelt es sich hier um einen Sonderfall. Operative Eingriffe in einen gesunden Körper sind eigentlich gemäß Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich ausgeschlossen. Als Beispiel kann hier der Wunsch von Versicherten nach einer kosmetischen OP zur Änderung des äußerlichen körperlichen Erscheinungsbildes genannt werden. Selbst wenn Suizidgefahr durch Unzufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild besteht, ist dies keine Kassenleistung.

Die BSG-Rechtsprechung hat für die Transsexualität eine Ausnahmeregelung geschaffen: Demnach gehört es zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen, die Kosten für eine geschlechtsangleichende Operation zu tragen, wenn ein Leidensdruck vorliegt, der mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Mitteln nicht ausreichend gelindert werden kann. Das Vorliegen einer Transsexualität allein begründet also nicht die Leistungspflicht der Krankenkassen für geschlechtsangleichende OPs.

Das klingt kompliziert. Wie laufen die Begutachtungen ab? Was sind die häufigsten Probleme und Missverständnisse?

Die Begutachtung verlangt Fachwissen der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und der BGA. Verglichen mit anderen Begutachtungsanlässen sind Begutachtungen zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei Transsexualität selten. Aus diesem Grund erfolgt die Begutachtung im MDK Nord auch nur durch wenige, in diesem Begutachtungsgebiet spezialisierte Fachgutachter.

Welche Unterlagen benötigt werden, ist komplex und je nachdem, was genau beantragt wird, unterschiedlich. Die Voraussetzungen für eine Brustvergrößerung bei Mann-zu-Frau-Transsexualität sind zum Beispiel andere als bei einer Brustentfernung bei Frau-zu-Mann-Transsexualität. In der Begutachtungsanleitung ist ein Flussdiagramm erarbeitet worden, das gutachterlich Punkt für Punkt – wie eine Checkliste – abgearbeitet werden kann, um nichts zu übersehen. Die Begutachtungen erfolgen in den meisten Fällen nach Aktenlage.

(Weiter Seite 16)

(Fortsetzung von Seite 15) Wenn so keine Beurteilung möglich ist, dann begutachten wir auch persönlich.

Wie bereits eben gesagt, begründet nicht automatisch das Vorliegen einer Transsexualität die Notwendigkeit für eine geschlechtsangleichende OP, sondern ausschließlich ein psychotherapeutisch nicht ausreichend behandelbarer Leidensdruck. Dies ist das häufigste Missverständnis. Es muss vom Behandler dargelegt werden, wie sich der Leidensdruck äußert und welche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dazu durch wen erfolgt ist. Die medizinische Indikation zur konkret beantragten geschlechtsangleichenden Maßnahme muss schlüssig und plausibel nachvollziehbar sein. Ein unspezifischer Kostenübernahmeantrag auf „alle erforderlichen geschlechtsangleichenden Maßnahmen und Korrektur-Operationen“ ist nicht ausreichend.

Wie ist die für Außenstehende relativ hoch wirkende Ablehnungsquote zu erklären?

Das liegt oft daran, dass Anträge auf mehrere Maßnahmen gestellt werden, obwohl zu diesem Zeitpunkt die formalen Voraussetzungen für einige noch gar nicht erfüllt sind. Ein Beispiel: Es können Anträge auf eine Brustvergrößerung nicht bewilligt werden, wenn noch keine mindestens 24-monatige gegengeschlechtliche Hormonersatztherapie erfolgt ist. Man muss zunächst das Brustwachstum hierunter abwarten.

Eine Diagnosestellung und Therapie im Ausland nach nicht nachvollziehbaren Qualitätsstandards kann ebenfalls Grund dafür sein, dass eine beantragte Maßnahme zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht befürwortet werden kann.

Verkannt wird von manchen Betroffenen und Leistungserbringern auch Folgendes: Es besteht gemäß BSG-Rechtsprechung kein Anspruch auf jegliche Art von operativen Maßnahmen im Sinne einer „optimalen Annäherung an ein vermeintliches Idealbild“. Die Ansprüche sind laut BSG-Rechtsprechung beschränkt. Kein Anspruch besteht zum Beispiel auf Brustvergrößerungen, wenn bereits unter der Hormontherapie ein ausreichendes Brustwachstum stattgefunden hat (A-Körbchen) oder Anträge auf Rippenresektionen, um eine schmalere Taille zu erreichen.

Was für Fallkonstellationen verbergen sich unter dem Begutachtungsergebnis "eingeschränkt erfüllt"?

Das passiert dann, wenn ein Teil der beantragten OPs befürwortet und ein anderer Teil abgelehnt wird, zum Beispiel wenn zusätzlich zu einer genitalangleichenden OP weitere Operationen im Gesicht mit Verschlankung des Unterkiefers und Rippenresektion bei Mann-zu-Frau-Transsexualität beantragt werden. Diese Eingriffe aber fallen, anders als die Umoperation der Geschlechtsorgane, meist in den Bereich der kosmetischen Chirurgie. Wenn Versicherte so etwas möchten, fällt dies in den Eigenverantwortungsbereich.

Kinder bedürfen eines besonderen Schutzes. Ab welchem Alter kann man so eine Geschlechtsumwandlung, die ja ein massiver Eingriff ist, in Deutschland vornehmen lassen?

Es gibt kein gesetzliches Verbot von operativen Eingriffen zur Geschlechtsumwandlung bei Kindern und Jugendlichen. Anträge auf geschlechtsangleichende Operationen bei Kindern und Jugendlichen, sind zahlenmäßig aber sehr gering. Die BGA gilt nur für Erwachsene, das heißt ab Volljährigkeit. Anträge von Kindern und Jugendlichen müssen daher sehr sorgfältig und kritisch im Einzelfall geprüft und beurteilt werden.

Die Risiken dieser Maßnahmen inklusive Operationen sind nicht unerheblich und Ärzte müssen Schaden, wo immer möglich, vom Patienten abwenden. Was ist eigentlich, wenn ein Versicherter die Geschlechtsumwandlung bereut? Wie oft kommt das vor?

Ein Bedauern (Regret) mit dem zusätzlichen Wunsch einer Rückumwandlung (Detransition) kommt in etwa ein bis zwei Prozent aller erfolgten Geschlechtsumwandlungen vor. Dies stellt natürlich ein riesiges Problem dar, da eine operative Rückumwandlung schwierig bis unmöglich ist. Umso wichtiger ist es, dass eine Geschlechtsumwandlung erst dann erfolgt, wenn die Diagnose gesichert ist, eine therapeutisch begleitende Alltagserprobung und Behandlung des Leidensdrucks stattgefunden hat und Kontraindikationen ausgeschlossen wurden. Im Unterschied zur alten BGA sind die Zeitvorgaben für eine Therapie und Alltagserprobung jetzt allerdings flexibler.

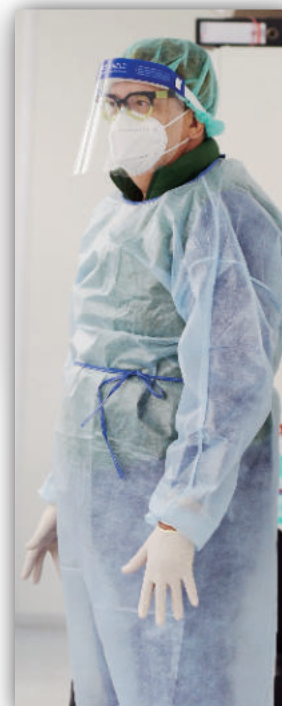
Bezahlt die Krankenkasse dann die Rückoperation?

Wenn die medizinische Indikation besteht, zahlt die Krankenkasse selbstverständlich auch die Rückoperation.

Abschließend möchte ich sagen, dass es sich um ein komplexes Begutachtungsgebiet handelt. Wir Gutachter tragen hier eine große Verantwortung. Einerseits müssen wir dafür sorgen, dass den Betroffenen so schnell wie möglich alle erforderlichen Maßnahmen zur Linderung des Leidensdrucks gewährt werden. Andererseits müssen wir aber auch möglichen irreversiblen Schaden durch eine nicht indizierte geschlechtsangleichende Operation abwenden. Patientenschutz ist auch für den Medizinischen Dienst ein hohes Gut.









Corona im Norden

Testzentren der KV Hamburg am Hauptbahnhof (oben) und des DRK am Flughafen gehörten 2020 zum Alltag. Wie die Covid-19-Pandemie auch die Beratungen und Begutachtungen des MDK Nord massiv verändert hat, lesen Sie auf den folgenden Seiten.



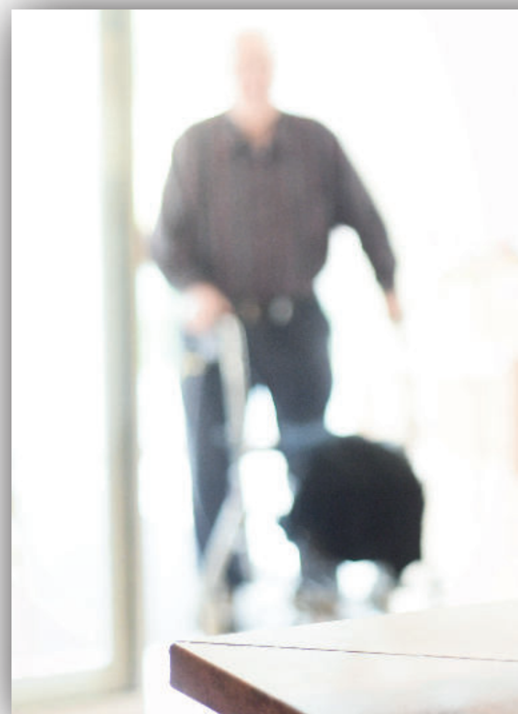








Prüfungen bei Anlass möglich



„59 neue Corona-Infizierte in Pflegeheim!“ Diese Schlagzeile einer Hamburger Zeitung macht zwar betroffen, erstaunt im Dezember 2020 aber kaum noch jemanden. Die Pandemie ist mit bis zu 31.500 Neuinfektionen pro Tag auf hohem Stand. Täglich sterben in ganz Deutschland viele hundert Menschen an den Folgen von Covid-19. Ein großer Teil sind Bewohner von Pflegeeinrichtungen. Als sogenannte Risikopersonen haben sie oft mehrere Vorerkrankungen, die schwere Verläufe der Infektion wahrscheinlicher machen.

Bei auf das Nötigste reduzierten Kontakten sollen Hygienekonzepte die Begegnungen so sicher wie möglich gestalten. Die Medizinischen Dienste haben, um die Bewohner nicht unnötig zu gefährden, die Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen nach Paragraf 114 des SGB XI im Oktober zum zweiten Mal eingestellt. „Ich bin der festen Überzeugung, dass Regelprüfungen gerade jetzt nachrangig sind“, betont Dr. Martin Schünemann, der Leiter der Abteilung Pflegeversicherung. Er will die Pflegequalität, so wie es der Gesetzgeber fordert, zwar auch in der aktuellen Situation sicherstellen, allerdings mit anderen Maßnahmen: „Die Anlassprüfungen der Heime waren ja nie ausgesetzt.“

Ein Blick zurück: Mit einer solchen Situation hatten vor neun Monaten, Mitte März 2020, wenige gerechnet. Die Infektionszahlen waren damals noch viel niedriger aber stiegen stetig. „Wir hatten sehr frühzeitig befürchtet, was auf uns zukommt. Bereits zwei Tage vor dem offiziellen ersten Lockdown Mitte März hatten wir die Begutachtung der Heime ausgesetzt“, so Schünemann. Ein Schritt, mit dem er von heute auf morgen die eng getaktete Maschinerie der rund 30 verplanten Regelprüfungen pro Woche, rund 130 im Monat, aussetzte.

45 Gutachter mussten plötzlich anders beschäftigt werden. Denn im Gegensatz zu den Kollegen vom Fachbereich Einzelfallprüfung nach Paragraf 18 SGB XI konnten sie nicht auf ein Verfahren ohne persönlichen Kontakt umsteigen, wie bei der Einstufung der Pflegegrade (siehe „Pflegegrade trotz Kontaktbeschränkungen“, Seite 20).

Dabei war die Begutachtung nach der neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinie gerade erst angelaufen (siehe „Was nach den Pflegenoten kommt“, Seite 13).

Qualitätsprüfer in Amtshilfe

„Wir haben uns dann selbst darum gekümmert, Alternativen der Unterstützung in Zeiten der Pandemie zu finden und die Expertise unserer Mitarbeiter sinnvoll einzusetzen“, betont Schünemann, der in Amtshilfe bis zu 45 Gutachter nicht nur an die Gesundheitsämter in den zwei Bundesländern abordnete, sondern auch an das Sozialministerium in Kiel und die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz in Hamburg. Das Ziel: den Sachverstand der Pflegefachleute einsetzen, um dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in der Krise zu helfen. Alle gingen freiwillig und halfen, Kontakte von Infizierten nachzuverfolgen, berieten die Behörden bei den Eindämmungs-Maßnahmen sowie Pflegeeinrichtungen, welche die Gutachter bereits von den Prüfungen her kannten – nun jedoch in anderer Funktion.



Dr. Martin Schünemann

Den von der Bundesebene geplanten Neustart der Regelprüfungen zum 1. Oktober sah Dr. Schünemann schon im Sommer kritisch: „Uns war klar, dass eine zweite Welle im Herbst kommen wird.“ Außerdem war das durchschnittliche Alter der Infizierten, das im Sommer noch bei Anfang 30 Jahren lag, inzwischen deutlich angestiegen. Das machte die Zahl schwerer Verläufe wahrscheinlicher. Der Effekt der Entscheidung aus Berlin: Alle Gutachter mussten aus der Amtshilfe zurückgeholt und wieder für Regelprüfungen eingeplant werden. Zu einem zweifelhaften Zweck, meint Schünemann, weil man die Pflegeeinrichtungen zusätzlich belastet habe. „Und angesichts eines bereits vor der Pandemie bestehenden Fachkräfte- und Personalmangels in der Pflege sollte man ehrlicherweise nicht erwarten, das zu Zeiten einer Pandemie durch unsere Regelprüfungen wesentliche Verbesserungen in der Pflege eintreten.“

Wie erwartet stiegen im Oktober die sogenannten Inzidenzwerte der Neuinfektionen je 100.000 Einwohner bereits nach wenigen Tagen in den Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein an, noch stärker in Hamburg. Regelprüfungen in Pflegeeinrichtungen und bei ambulanten Pflegediensten wurden zwar geplant, mussten jedoch häufig wieder abgesagt werden, spätestens sobald eine



Pflegebedürftige sind nicht aus dem öffentlichen Blickfeld verschwunden. Sie sind besonders gefährdet, weil eine Corona-Infektion bei ihnen häufig schwer oder tödlich verläuft. Der MDK Nord unterstützt die Gesundheitsämter dabei, Virus-Ausbrüche einzudämmen. Er berät die Einrichtungen auch bei den erforderlichen Hygienekonzepten.



Impfkampagne in Schleswig-Holstein unterstützt

Der MDK Nord unterstützt seit Ende Dezember 2020 die Covid-19-Impfkampagne des Landes Schleswig-Holstein: Im Auftrag des Sozialministeriums und zur Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) hat der Medizinische Dienst rund 14.500 Betreuer angeschrieben, die Bewohner von schleswig-holsteinischen Pflegeeinrichtungen vertreten. Wichtiges Ziel: möglichst zeitnah eine Einverständniserklärung für die Impfung gegen das neuartige Corona-Virus einzuholen. Dies betrifft Bewohner, die diese Entscheidung nicht selbst treffen können. Ohne eine solche Zustimmung dürften diese an einem künftigen Impftermin in ihrer Pflegeeinrichtung nicht teilnehmen.

Um diese Zustimmungen zügig einzuholen, hat der MDK Nord die Aufklärungsdokumente des RKI und des Landes Schleswig-Holstein sowie einen Freiumschlag für die Rücksendung versandt. Bis Anfang Februar sind rund 8.800 Rückmeldungen per Post eingegangen. Ein Team von Mitarbeitern des MDK Nord kann fortlaufend rund 250 Rücksendungen pro Stunde einscannen und kontrolliert jede einzelne auf Vollständigkeit. Anschließend werden die Einwilligungen in eine kurzfristig programmierte Datenbank überführt, die über Schnittstellen mit der Datenbank der KVSH verbunden ist und die Unterlagen dort zur Verfügung stellt (siehe auch „MDK-Corona-Hilfe“, Seite 23).

„Der MDK Nord hat sehr kurzfristig vor den Weihnachtsfeiertagen auf die Anfrage des Sozialministeriums reagiert und seine technischen und personellen Ressourcen gerne für diese wichtige Impfkampagne in Schleswig-Holstein zur Verfügung gestellt“, sagt Peter Zimmermann, der Geschäftsführer des MDK Nord.



Region den Inzidenzwert von 50 überschritt. Nur einen Monat später war mit dem zweiten Teil-Lockdown Anfang November wieder ganz Schluss bei den Regelprüfungen. Erneut kehrten die Gutachter in den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Unterstützung zurück, wo sie dringend benötigt wurden.

Jederzeit Anlassprüfungen möglich

Ein geringer Anteil der Prüfer stand und steht jedoch immer für mögliche Anlassprüfungen parat, also Prüfungen, die auf einen konkret vermuteten Pflegemangel folgen. Das sieht Dr. Schünemann als das zurzeit geeignete Mittel, um in einer Pandemie auf Missstände reagieren zu können: „Denn liegen uns ausreichende Hinweise auf erhebliche Defizite in der Pflege vor, schlimmstenfalls mit Gefährdung Pflegebedürftiger“, so Schünemann, „werden wir Anlassprüfungen auch dann vornehmen, wenn eine deutlich erhöhte Infektionssituation besteht.“ Das gelte ebenfalls bei Pflegeeinrichtungen, in denen bereits aktive Infektionen mit dem Coronavirus bekannt seien. Für ihn ist klar: Dann seien erhöhte Schutzmaßnahmen für alle Beteiligten zu treffen, also zusätzlich ein Ganzkörperschutz.

Selbstverständlich dürften auch unter diesen Bedingungen keine gravierenden Mängel in der Pflege eintreten, warnt Schünemann. Doch bereits das Wissen darum, dass solche Anlassprüfungen jederzeit möglich seien, hält er letztendlich für wichtig, damit Einrichtungen ihren Pflegestandard auch in Pandemie-Zeiten so hoch wie möglich halten. „Die Pandemie ist eben kein Freibrief für eine defizitäre Pflege!“



Pflegegrade trotz Kontakt-Beschränkungen

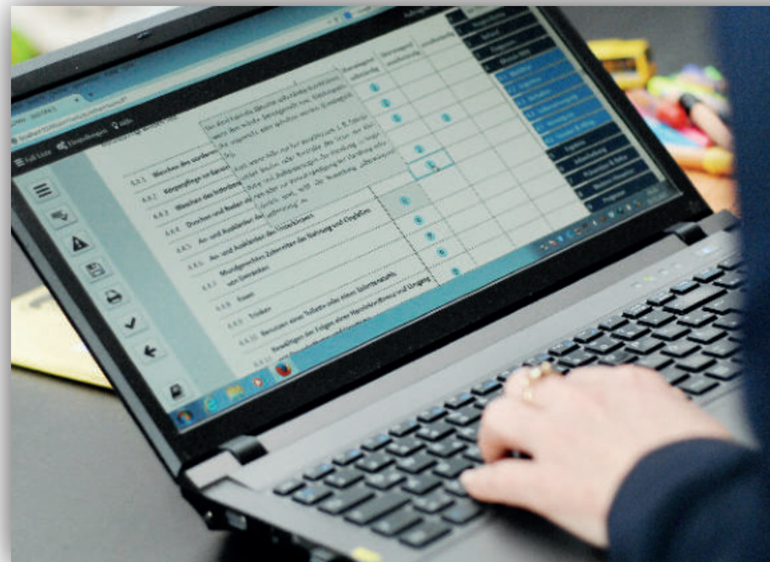
Menschen können aus verschiedenen Gründen ihre Selbständigkeit verlieren. Sie werden pflegebedürftig und benötigen dann private oder professionelle Pflege. Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit wird bei gesetzlich Versicherten mit einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst festgestellt. Wegen der Pandemie und der damit verbundenen Notwendigkeit, die in der Regel hochbetagten Versicherten zu schützen, wurde in 2020 die Begutachtung im persönlichen Kontakt deutlich reduziert.

Alternativen mussten schnell gefunden werden, um Antragsteller beurteilen zu können, ohne sie mit einer Infektion mit möglicherweise schwerem Verlauf zu gefährden. Denn auch wenn inzwischen mehr über die Erkrankung bekannt ist: „bereits zu Beginn der Pandemie war klar, dass besonders ältere und oft Menschen mit Vorerkrankungen besonders stark von der Infektion mit dem Corona-Virus betroffen sind", sagt Dr. Martin Schünemann, der Leiter der Abteilung Pflegeversicherung.

Die Pflegebegutachtungen ganz zu auszusetzen, wäre keine Alternative gewesen, weil dann auf unabsehbare Zeit tausende Menschen im Norden keine Einstufung ihrer Pflegebedürftigkeit erhalten hätten – und als Folge keinen Anspruch auf Pflegeleistung und Geld aus der Pflegeversicherung. Für die Abteilung Pflegeversicherung entschied sich der MDK Nord deshalb sehr frühzeitig für das Verfahren der telefongestützten Interviewform der Begutachtung. „Wir konnten dafür auch die hier bereits verfügbare Technik nutzen, schnellstens alles anpassen, um unsere Gutachter mit den Versicherten zusammen zu bringen", erklärt Dr. Schünemann. Innerhalb weniger Tage hätten die Programmierer des MDK Nord die Software der Abteilung an die neue Begutachtungsart angepasst und fortlaufend optimiert.

„Alle Gutachter wurden parallel zum eigenen Schutz sowie dem Schutz anderer Mitarbeiter ins Homeoffice geschickt. Die notwendige technische Ausstattung war bereits vorhanden." Die konsequente Kontaktvermeidung hatte zum Ergebnis, dass bis Ende 2020 nur ein einziger Mitarbeiter des Fachbereiches Pflege-Einzelfallbegutachtung (nach § 18 SGB XI) in Quarantäne musste, weil er sich offenbar im privaten Umfeld infiziert hatte. Ein Kontakt zu Kollegen war hier ausgeschlossen, weil durchgängig im Homeoffice gearbeitet worden war.

Die Umstellungen bedeuteten besonders in der Anfangsphase, in der noch Terminabsprachen für persönliche Begutachtungen im Hausbesuch vereinbart waren, einen hohen Aufwand für die Servicemitarbeiter. Neue Termine mussten vergeben, andere abgesagt werden. Parallel wurden von den Versicherten auszufüllende Fragebögen entwickelt, die den antragstellenden Personen zur Vorbereitung der Begutachtungs-Telefonate und den Gutachtern als zusätzliche Informationsquelle dienten. „Trotz allem hat niemand auf seine Begutachtung länger warten



Die erforderliche Software der Gutachter konnten Programmierer des MDK Nord innerhalb weniger Tage an eine telefongestützte Pflegebegutachtung anpassen.

müssen", betont Schünemann. Insgesamt habe die Abteilung Pflegeversicherung in 2020 auf diese Weise durchschnittlich 1.900 Gutachten zur Pflegebedürftigkeit pro Woche erstellt.

Hohe Infektionszahlen verlangten schnelle Lösungen

Eine Telefonbegutachtung erfolgt dabei kaum anders als ein persönlicher Hausbesuch. Der Fragenkatalog ist der gleiche, nur dass ihm eine „strukturierte telefonische Informationserhebung" zugrunde liegt. Stellt sich die Frage, ob das Verfahren der „kontaktlosen" Begutachtung die persönlichen Begutachtungen ohne Einschränkung ersetzen konnte? „Die im März 2020 rasch ansteigenden Infektionszahlen verlangten vor allem nach einer schnellen Lösung", so Schünemann. Und diese sei unter den gegebenen Umständen sehr praktikabel, um Infektionen gerade bei den älteren und häufig multimorbiden Pflegebedürftigen zu vermeiden. Schünemann sagt aber auch, dass die Möglichkeiten in einigen Bereichen gegenüber dem Standardverfahren eingeschränkt seien, wie bei der individuellen Inaugenscheinnahme und der Beratung zur möglicherweise erforderlichen Hilfsmittelversorgung der Wohnumfeld-Anpassungen.

Die Pflegegradeinstufungen der telefonischen Begutachtungen lagen schließlich nur minimal über den Ergebnissen nach Hausbesuchen. Dies sieht Dr. Schünemann als einen weiteren Beleg für die hohe Professionalität der Gutachter bei der Anwendung des neuen Verfahrens an.



Im Hausbesuch können Gutachter zusätzlich die Versorgung mit Hilfsmitteln beurteilen und notwendige Anpassungen des Wohnumfeldes empfehlen. Auch deshalb wird die persönliche Pflegebegutachtung der Standard bleiben.



Pflegebedürftige gehören zur besonders zu schützenden Corona-Risikogruppe, die Anfang 2021 von der Bundesregierung mit Berechtigungsscheinen für FFP2-Masken unterstützt werden.

Neben der Pandemie mit ihren Folgen erwies sich 2020 die Auftragssituation als besonders: Nach einem deutlichen Rückgang besonders im April sind die Antragszahlen von Juni an überproportional gestiegen. Vom Ende des zweiten Quartals an betrug die durchschnittliche Steigerung gut 17 Prozent und damit auf das gesamte Jahr 2020 bezogen fast sieben Prozent mehr Aufträge als im Vergleichszeitraum des Vorjahres. „Das stellte uns vor enorme Herausforderungen, zumal Neueinstellungen von Gutachtern in der Pandemie schwieriger sind“, sagt der Abteilungsleiter.

Die Auftragssteigerung konnte von den Gutachtern durch erhöhten Einsatz und den Wegfall der Fahrzeiten der Hausbesuche aufgefangen werden. Insgesamt haben sie seit dem 19. März 2020, dem ersten Tag der Telefonbegutachtung, rund 74.000 Anträge im Telefongespräch begutachtet.

Trotz dieser guten Zahlen sieht Abteilungsleiter Dr. Schünemann das Telefongutachten nur als Übergangslösung in der Pandemie-Zeit. „Die persönliche Begutachtung ist und bleibt das Standardverfahren“, betont er. Für die Gutachter sei es einfacher, sich ein umfassendes Bild der hilfebedürftigen Versicherten zu verschaffen, um die für sie passende Pflegeleistung zu empfehlen. „Ich hätte es mir allerdings angesichts erwartbar und erkennbar steigender Infektionszahlen in der zweiten Welle gewünscht, in der Zeit vom 1. Oktober bis Anfang November keine Hausbesuche anbieten zu müssen“, sagt Schünemann. Der logistische Aufwand dieser kurzfristigen Umstellungen zurück auf das alte Verfahren sei enorm hoch gewesen und in einigen Gebieten des MDK Nord habe man die persönlichen Begutachtungen bereits nach nur wenigen Tage wegen steigender Infektionszahlen wieder einstellen müssen. Für besondere Situationen könne er sich aber das Verfahren der Telefonbegutachtung als eine weitere Option vorstellen.

„Was auch immer uns die Pandemie jetzt noch bringen mag“, zieht der Abteilungsleiter ein weiteres Resümee zu Telefongutachten und Homeoffice, „das papierlose Büro war bei uns Anfang 2020 noch ein Projekt. Nun haben wir es quasi ganz nebenbei weitgehend verwirklicht.“



MDK-Corona-Hilfe: Kontakte verfolgen, abstreichen, beraten…

Der Aufruf kam, als Gesundheitsämter und Behörden im Norden jede Hilfe brauchen konnten: Bis zu 90 Mitarbeiter des MDK Nord meldeten sich im Frühjahr 2020 freiwillig für die Amtshilfe. Eine besondere Aufgabe, weil sie ihre langjährige Erfahrung einsetzen konnten, um dabei zu helfen, die Pandemie einzudämmen. Was sie erlebt haben, zeigt wie vielfältig ihre Aufgaben waren und sind. Fotografiert haben sie sich selbst oder gegenseitig – wegen des Infektionsschutzes. Viele sind auch Anfang 2021 weiterhin in Amtshilfe.

Im Vollschutz bei 30 Grad Hitze

„Wir waren bis in die Haarspitzen motiviert", erinnert sich Kristina Ullrich an ihren ersten Tag mit ihrer Kollegin Dr. Ruth Horstkemper-Rhode im Gesundheitsamt Hamburg Bergedorf. Beide waren Ende März die ersten „Abgeordneten" des MDK Nord im Öffentlichen Gesundheitsdienst. „Gemeinsam mit dem Schularztdienst-Team, das pandemiebedingt nicht arbeiten durfte, haben wir dann die komplette Kontaktnachverfolgung übernommen." Sechs Wochen „Dauertelefonieren und Quarantäne-Aussprechen" folgten.



Und immer wieder war alles neu zu organisieren: von Zetteln über Tabellen und zur elektronischen Erfassung und Verarbeitung. Bei größeren Virus-Ausbrüchen im Bezirk, bei der Post und einem Modehaus-Lager, musste die Chirurgin Ullrich reihenweise Quarantäne-Anordnungen aussprechen. Die Betroffenen in Quarantäne hatten sich dann verpflichtend zu Hause aufzuhalten.

Für die Gutachterin der Abteilung Krankenhaus war es eine aufregende Zeit im Corona-Einsatz mit Arbeitszeiten bis in den Abend und Wochenendbereitschaft. „Im Sommer brachte uns jeden Morgen ein Soldat die Aussteigekarten aus den Ferienfliegern vom Flughafen. Die Hälfte davon nicht zu lesen, fast keine Telefonnummer oder E-Mail stimmte." Nachverfolgung war oft unmöglich. Dazu kam das Problem, dass viele Reisende nicht wussten, dass ihr Urlaubsziel mittlerweile zum Risikogebiet geworden war und sie daher erst gar keine Karten ausgefüllt hatten. Als im Juli in einer Wohnunterbringung für minderjährige Eltern ein Kind positiv getestet wurde, rückte das Team zu fünft an, „im Vollschutz mit Schuhüberziehern bei mehr als 30 Grad im Schatten" zum Abstrich aller Bewohner, um zu klären, ob die Kinder wieder zur Schule dürfen.

„Gut war, dass wir uns unsere Arbeit eigenständig organisieren durften", blickt Kristina Ullrich zurück. „Viel geholfen hat auch, dass wir im kurzen Kontakt mit anderen MDK-Kollegen in Amtshilfe manche Probleme sehr schnell klären konnten."

Dolmetschen am Schlachthof

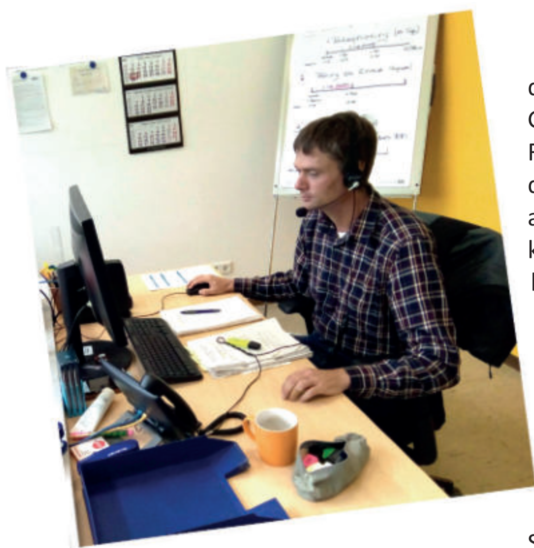
Wo Menschen Vieh schlachten und zerteilen, ist Abstandhalten kaum möglich und Homeoffice erst Recht kein Thema. So schnellten mit der Coronakrise auch die Infektionszahlen im schleswig-holsteinischen Kreis Segeberg nach oben, als sich die zumeist rumänischen Arbeiter eines großen Schlachthofes gegenseitig ansteckten. Fast keiner dieser Arbeitskräfte spricht Deutsch oder Englisch, kein Deutscher vor Ort Rumänisch. Der Einsatz von MDK-Gutachterin Mariana Siemes aus dem Pflege-Fachbereich Qualitätssicherung, die Rumänisch spricht, half schließlich, die Schlachthof-Leiharbeiter über komplizierte Hygiene- und Quarantäne-Regeln zu informieren.





Mariana Siemes ist in Rumänien aufgewachsen, war eigentlich im Unterstützungs-Einsatz bei einem Gesundheitsamt in Hamburg und half sofort aus: Zwei Tage lang übersetzte sie Anordnungen des Kreises ins Rumänische – jeweils für Erkrankte, Verdachtsfälle, Kontaktpersonen. „Bis zu vier Seiten lange Texte, gespickt mit juristischen Formulierungen", sagt sie, „selbst für Muttersprachler ohne Übersetzungshilfe nicht einfach."

Nach Fertigstellung der Papiere begleitete sie einen Mitarbeiter des Kreises bei seiner Tour von Haus zu Haus, verstreut im Kreisgebiet, mal Einzelhaus, mal Wohngemeinschaft. Überall übersetzte und erklärte Siemes den rumänischen Arbeitern und ihren Familien die Vorschriften und Konsequenzen – wichtig für die Menschen, viele fast ohne Schulbildung. „Sie waren dankbar und froh, dass wir sie ernst nehmen, medizinische Fragen beantworten konnten, aber auch sagten, wer sie versorgt, wenn sie das Haus nicht verlassen können", berichtet die MDK-Gutachterin von den Reaktionen.



Rachen-Abstriche auf Sylt

„Zweimal täglich habe ich ihn angerufen, immer wieder klagte er über Luftnot“, erinnert sich Christian Voß an einen Mann aus Hamburg, der auf Sylt seinen Urlaub verbrachte. Er war an Covid-19 erkrankt und in Quarantäne. Wie es ihm geht, ob er weitere Hilfe von außen benötigt – das beurteilte Christian Voß aus der Ferne, als ärztlicher Gutachter aus dem BBZ Kiel zur Amtshilfe in Husum. Bis zu dreißig Menschen in Quarantäne hatten der Chirurg und seine MDK-Kollegen im Frühjahr und Sommer 2020 täglich beraten – per Telefon aus dem Kreisgesundheitsamt. Nordfriesen und Urlauber waren gleichermaßen betroffen – einige mit Symptomen, viele als Verdachtsfälle. Besuchen durfte sie niemand.

„Sylt war früh ein Hotspot. Rückkehrer aus Ischgl hatten das Virus mitgebracht. Als eine Servierkraft positiv getestet wurde, mussten mehr als 20 ihrer Kollegen und Gäste zum Abstrich“, sagt Voß, was auf einer Insel logistisch schwieriger war als auf dem Festland. Der Anruf zur Kontaktnachverfolgung war zu Beginn noch ungewohnt: „Erstmal waren alle geschockt, wenn ich ihnen sagte, dass sie die Wohnung nicht mehr verlassen dürfen.“ Was ist mit dem Hund? Darf ich noch in den Garten? Das seien die üblichen Fragen gewesen. Die Antworten: In den Garten nur, wenn man dort allein ist. Der Hund muss im Hausflur kontaktlos zum Ausführen übergeben werden. „Da brauchen Sie viel Geduld, um alles zu erklären“, hat Christian Voß erlebt. „Und wer bereits krank und allein zu Hause war, der war einfach froh, wenn er oder sie mit uns, also über-haupt mit jemandem, reden konnte.“

Als Geschäfte und Museen im Sommer wieder vorübergehend öffnen durften, berieten Voß und seine Kollegen den Kreis Nordfriesland bei notwendigen Hygienekonzepten für Abstände, Desinfektionsmittel-Spender oder Schilder. Es habe ihn beeindruckt, wie gut der Kreis Nordfriesland alles organisiert hatte, blickt Christian Voß Anfang 2021 auf seinen Einsatz zurück, sagt aber auch: „Zu der Zeit konnten wir uns noch um jeden Verdachtsfall kümmern und jedes Pflegeheim intensiv betreuen. Das wird heute wegen der hohen Infektionszahlen viel aufwendiger sein.“



Pflege-Experten im Ministerium

„Soll ich jedes Mal 40 Euro bezahlen, wenn ich meine Mutter besuchen will?!“ Auch wenn solche wütende Anfragen eingehen, bleibt Axel Kurth immer ruhig bei der E-Mail-Bürgerberatung im Sozialministerium in Kiel. Er ist einer der Mitarbeiter des MDK Nord, die ins Ministerium abgeordnet sind. „Ich kann ja auch verstehen, dass eine Corona-Testpflicht die Besucher von Pflegeeinrichtungen persönlich belastet“, sagt der Teamleiter des Fachbereiches Pflege-Qualitätssicherung aus dem Beratungs- und Begutachtungszentrum (BBZ) in Kiel, „aber wichtig ist den Kolleginnen und mir, dass die Bürgerinnen und Bürger den Sinn der Landesverordnungen richtig verstehen und danach handeln.“ Und davon gab es viele in den vergangenen Monaten, immer neue.

Die geforderten „Hygiene- und Betreuungskonzepte“ hatten viele Heimbetreiber verunsichert: „Im Sommer, als die Pflegeeinrichtungen nach temporärer Schließung für Besucher wieder schrittweise geöffnet wurden, war man sehr dankbar, dass wir ihnen da hindurch geholfen und sie beraten haben“, erinnert sich Axel Kurth. Zwanzig bis dreißig Anfragen am Tag seien es gewesen. Geholfen hat, dass seine Kollegen und er die Ansprechpartner und Heime persönlich aus den Prüfungen durch den MDK Nord vor Ort kennen. „Das hat viele Pflegedienstleiterinnen sehr erleichtert in dieser unsicheren Zeit.“



Vor oft zu wenig beachteten Infektionsrisiken im Pflegealltag warnte das Team mit einem extra Verhaltenskodex: „Es sind die Raucherpausen, die Team-Besprechungen, die Schichtübergabe – wenn die Masken abgenommen werden. Daran denken viele nicht“, sagt er. „Unsere Sicht als Pflege-Fachleute hat man im Ministerium immer gerne angenommen“, so Axel Kurth, der als gelernte Pflegefachkraft schließlich auch die Impfaktion des Landes für die Pflege begleitet. Aktuell unterstützt er zusammen mit dem Teamleiter aus Flensburg die Impfkampagne des Landes: „Wir melden uns bei jeder Einrichtung, bevor das mobile Impfteam vor deren Tür steht.“ Vorher klärt er, ob Einwilligungen von Betreuern zum Termin vorliegen, die der MDK Nord für ganz Schleswig-Holstein zuvor einholt.





Arbeit im Homeoffice dank guter Glasfaser-Vernetzung



Auf einmal war alles neu: die gesamte Organisation der Arbeit, der Bedarf an Datenbandbreite, neuen Geräten, Räumen und Desinfektionsmitteln. Und alles hatte die Abteilung Service in den ersten Monaten 2020 in kürzester Zeit zu realisieren, wenn der MDK Nord weiterhin arbeitsfähig bleiben sollte. Bei hunderten Gutachtern im Homeoffice war schließlich die wichtigste Frage: Reicht die Leistung der Datenleitungen?

„Plötzlich hatten die Serviceteams doppelt soviel Arbeit vor sich, obwohl weniger Aufträge als vorher reinkamen", beschreibt Lutz Remshardt, der Service-Abteilungsleiter die Lage Ende März und Anfang April. „Wir hatten vor allem für die Abteilung Ambulante Versorgung sofort den Auftragsscan vorgezogen. Das bedeutet, dass wir nicht erst bei Prozessende gescannt haben, sondern schon beim Eingang, damit Gutachter digital auf die Unterlagen zugreifen können." Auch für die Abteilungen Krankenhaus und Pflegeversicherung wurde fast alles auf den Scan bei Auftragserteilung umgestellt. Eine Arbeit, die später sowieso geleistet wird, so Remshardt, „nur jetzt war das Vorverlegen eine einmalige Aktion, die ein bis zwei Wochen deutlich Ressource in Anspruch genommen hat, um möglichst schnell alle Unterlagen fürs Homeoffice bereitstellen zu können", so Remshardt.

Da die Serviceteams selbst nicht im Homeoffice arbeiten konnten, weil sie Papiereingänge mit stationären Scannern und Druckern bearbeiten, musste Remshardt auf einen Infektions-Ausbruch an den MDK-Standorten vorbereitet sein. Zentrale Teams wie die IT unterteilte er in zwei Kohorten, die immer nur getrennt im Haus waren, zentrale Serviceteams wie das Team Krankenhaus zum Beispiel wurden ebenfalls in zwei Kohorten aufgeteilt, die dann auf zwei unterschiedlichen Geschossen untergebracht wurden. Die AHA-Regeln wurden strikt eingehalten. Das gilt seitdem auch am Empfang, wo Fiebermessen an der Stirn bei allen Gästen Pflicht ist. Da die Serviceteams anders als Gutachter außerdem mit einem Stand-PC arbeiten, musste man sich auch für den Fall etwas ausdenken, dass jemand in Quarantäne soll. Dafür wurden zwanzig Notfallkartons mit einer kompletten Arbeitsplatz-Ausstattung gepackt, die vom Laptop und Monitor bis zum Mobiltelefon alles enthalten, um jemanden zu Hause zeitweise arbeitsfähig zu machen. „Den Karton hätten wir dann einfach den Kollegen in Quarantäne vor die Tür gestellt", was bisher jedoch nicht erforderlich gewesen sei.
Die vielen leerstehenden Büros der Gutachter im Homeoffice fanden vorübergehend auch eine andere Verwendung: Service- oder Assistenzkräfte konnten einzeln oder zu zweit untergebracht werden, die sonst zu eng zusammengesessen hätten.

Dem Team IT der Abteilung Service kam 2020 die wohl wichtigste Aufgabe zu: den Aufbau und die Vernetzung der Homeoffice-Arbeitsplätze in kürzester Zeit. „Von bisher durchschnittlich 50 Nutzern, die üblicherweise während oder nach ihren Außenterminen mobil arbeiten, stieg die Zahl auf bis zu 400 Nutzer, die auch noch zeitgleich im Homeoffice sitzen", macht Lutz Remshardt den Sprung deutlich. Ohne eine belastbare Datenleitung wäre das nicht denkbar gewesen. Doch die Einführung von Glasfaser-Leitungen und einem MPLS-Verbindungsnetz zwischen allen Standorten im Jahr 2019 habe all das möglich gemacht.



Lutz Remshardt

„Unser größter Bonus war, dass wir damals schon mit 50 Mbit pro Sekunde gestartet sind und Ausbaureserven eingeplant hatten." So habe man im dritten Quartal 2019 planmäßig auf eine Leistung von 100 Mbit/s erweitert und im März 2020 nochmal die Aufstockung auf ein Gigabit pro Sekunde initiert. Sie wurde in zwei Schritten bis zum Juni hochgefahren. Was im Klartext bedeutet: „Nur so konnten wir die großen Homeoffice-Anforderungen ohne Performance-Probleme bewältigen", betont Lutz Remshardt. Ein wichtiger Baustein war ebenfalls, dass die Abteilung bereits Anfang 2019 auch die Telefonanlage an allen Standorten auf ein digitales System umgestellt hat. So habe auch sie der hohen Belastung durch vermehrte Absprachen, Recherchen und Telefonkonferenzen standhalten können.

Gerade der Kommunikation kam in der Pandemie eine große Bedeutung zu.







Fiebermessen an der Stirn ist verpflichten für alle Gäste des MDK Nord in der Corona-Pandemie (gestelltes Foto). Die Abteilung Service hat an allen MDK-Standorten in Hamburg und Schleswig-Holstein die öffentlichen und internen Bereiche entsprechend des Hygienekonzeptes ausgestattet und wenn nötig umgerüstet.

Sie erforderte Technik-Sprünge in kurzer Zeit. Während im Februar noch eigene Telefonkonferenz-Räume für alle Abteilungen neu waren, standen zwei Wochen später bereits Videokonferenz-Räume für alle zur Verfügung. Seitdem finden die meisten Besprechungen online oder in sogenannten „Hybridsitzungen“ aus Präsenz und online statt. Da das einheitlich in der MDK-Gemeinschaft eingeführte Webkonferenz-System „Webex“ keine Datensicherheit ermöglicht, hält die IT des MDK Nord jetzt bereits den Nachfolger bereit: „Mit BigBlueButton können wir die Datensicherheit gewährleisten, weil das System auf unseren eigenen Servern läuft“, hebt Lutz Remshardt hervor. Deshalb soll es 2021 der neue Standard werden.



Anfangs belächelt, jetzt längst Standard

„Schon Ende Januar war uns klar, dass uns etwas droht, was man später Lockdown genannt hat", blickt Dr. Jan Scherlitz auf das „Corona-Jahr" 2020 zurück. Die Aggressivität des Virus und die hohen Infektionszahlen waren für den Teamleiter der Abteilung Krankenhaus in Hamburg die klaren Anzeichen. Doch wie sollte darauf eine Abteilung reagieren, die zu 70 Prozent mit sogenannten „Begehungen" in Krankenhäusern im persönlichen Kontakt arbeitet, um strittige Behandlungsfälle zu klären und zu begutachten? Es musste schnell eine Lösung gefunden werden.

„Eigentlich hatten wir schon alle Einzelteile da", sagt Dr. Scherlitz, „wir mussten sie nur noch zusammensetzen, um das Problem zu lösen." Der Teamleiter meint damit die technische Ausstattung im MDK Nord. Viele Gutachter arbeiteten schon mit Laptops und UMTS-Verbindungen zum eigenen Netzwerk und Datenbanken, kannten also bereits mobiles Arbeiten. Nur eine konsequente Umstellung auf Homeoffice gab es noch nicht. „Als dann Zutrittsverbote zu Krankenhäusern immer wahrscheinlicher wurden, musste alles schnell gehen."

In wenigen Tagen haben die Gutachter und Kodierfachkräfte in den Teams ihre Arbeitsplätze nach Hause verlegt. Um unter den neuen Bedingungen schnell arbeitsfähig zu sein, hätten sie sich mit privaten Mitteln ihre häuslichen Arbeitsplätze eingerichtet, erinnert sich Scherlitz, „oft am Küchentisch oder in irgendeiner Ecke, wo sonst Platz war, um gleich loslegen zu können". Die technische Ausrüstung wurde ergänzt, wo es noch notwendig war. „Da haben alle im Team und alle Bereiche im MDK unheimlich mit angepackt. Und wir waren soweit, noch bevor Homeoffice offiziell eingeführt wurde." Auf Krankenhaus-Seite habe man



Dr. Jan Scherlitz

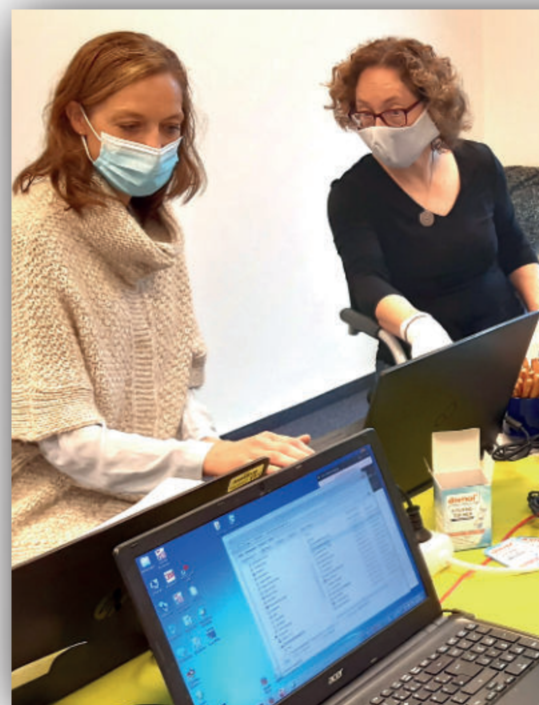
diese Maßnahmen anfangs eher unterschätzt und noch belächelt, dass „der MDK" nicht mehr ins Haus kommt, allerdings nicht lange. „Ich glaube, es wurde nicht bedacht, dass wir täglich von Klinik zu Klinik gehen und somit ein höheres Infektionsrisiko darstellten, anders als die eigenen Ärzte und Pflegekräfte", gibt Scherlitz zu bedenken.

Doch Homeoffice war nur ein Teil der Lösung. Wie sollten nun die Aufträge zu den Gutachtern kommen? Immerhin waren laut Gesetzgebung anfangs noch 12,5 Prozent der Krankenhaus-Abrechnungen zu prüfen, später dann noch fünf Prozent (siehe „Feste Quoten, wo vorher keine waren", Seite 8). Als schnell und effektiv für beide Seiten hatte sich seit Jahren die Begehung etabliert. In dieser besprechen üblicherweise die Medizin-Controller der Krankenhäuser und die MDK-Gutachter gemeinsam vor Ort einen Fall, klären Fragen, diskutieren vielleicht, einigen sich, oder holen einen Behandler aus dem Haus dazu.

Das war plötzlich nicht mehr möglich. Alle Akten der Fälle mussten nun zum MDK, was bisher nur in geringerer Menge üblich war. Es entstand viel Arbeitsaufwand auf beiden Seiten: Krankenhäuser mussten ihre Akten in Kopie zum MDK liefern. „In den meisten Krankenhäusern wurde das verstanden und gut mitgearbeitet", lobt Scherlitz.

Auch die eigenen Serviceteams und die IT im MDK Nord hätten „sehr kreativ alles möglich gemacht", um die Gutachter im Homeoffice mit Daten zu beschicken. Die Teamassistenzen der Abteilung mussten die bereits für drei Monate vorgeplanten täglichen Begehungstermine auflösen und die zu den Fällen gehörenden Akten anfordern. Die Akten wurden dann beim MDK eingescannt und indexiert, um sie im Homeoffice bearbeiten zu können. Viel Arbeit, die Dr. Scherlitz besonders schmerzt, weil Begehungen so viele Vorteile böten: „Wir bekommen oft Akten zu sogenannten Langlieger-Behandlungsfällen mit bis zu

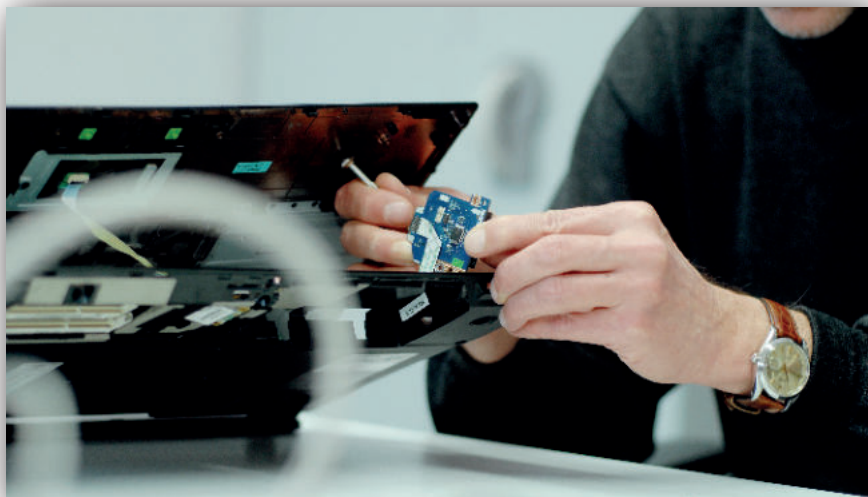
Innerhalb kürzester Zeit konnte das Team IT die MDK-Gutachter in der Corona-Pandemie mit neuen Geräten fürs Homeoffice ausstatten. Das ganze Jahr 2020 über haben sie Laptops, dort wo es notwendig war, erneuert und ausgetauscht, wie hier in der Beratungsstelle Flensburg die Geräte zweier Gutachterinnen der Abteilung Krankenhaus.



26.000 Seiten. Zu einer Begehung haben die Krankenhaus-Controller die relevanten Seiten vorab herausgesucht und vorbereitet, um sie in der Prüfung zu zeigen. Im Homeoffice kann die Suche trotz Indexierung dagegen sehr zeitaufwendig werden."

Mit der „ViKo" den Kontakt halten

Wer nicht mehr im Büro ist, sucht anders den Kontakt: zu Anfang per Telefonkonferenzen, weil nicht sofort Video-Plattformen zur Verfügung standen. Doch schon bald wurde die „ViKo" im MDK Nord wie auch in der MDK-Gemeinschaft der Standard. Seit einiger Zeit ermöglicht das Webkonferenz-System „BigBlueButton"



Das Team IT wartet auch die Laptops und PCs des MDK Nord und rüstet die Hardware auf.



datenschutzgesicherte Konferenzen über den eigenen Server. „Ich habe zu Anfang die kleine Kamera belächelt, weil ich dachte: wofür brauchen wir das, ich will doch arbeiten! Aber inzwischen mag ich es sehr. Und alle freuen sich, wenn sie sich mal gegenseitig sehen. Das hält auch das Team zusammen“, so Scherlitz. Über eine Chatfunktion können sich alle im Team mittlerweile über Fälle datengeschützt austauschen, sich gegenseitig unterstützen oder Termine besprechen. Teamleiter Dr. Scherlitz sieht darin eine Möglichkeit, auch in Zeiten nach der Pandemie das schnelle Gespräch im Büro oder auf dem Gang zumindest teilweise zu ersetzen.

Die neuen technischen Wege werden auch bei Neueinstellungen genutzt: Vier Kodierfachkräfte, die im ersten Lockdown eingestellt worden sind, hat Dr. Scherlitz im Rahmen des Verfahrens nur einmal persönlich gesehen, für eine Stunde bei der Übergabe der Geräte und einer Einweisung. Seitdem sind sie seit Monaten im Homeoffice und nur noch online verbunden. „Die ganze Einarbeitung ist online sogar besser, strukturierter und auch schneller als sonst gelaufen“, betont Scherlitz. „Das hat mich überrascht.“ Dafür habe die IT den sogenannten „Teamviewer“, eine Fernsteuer-Funktion auf allen MDK Nord-Rechnern, so umgestellt, das auch andere sie nutzen können. Nun kann ein Ausbilder sein Gegenüber dirigieren: „Ich zeige also mit seinem Mauspfeil genau dahin, wo es der andere sehen soll. Das funktioniert besser als im direkten Kontakt. Das heißt, wir können uns datenschutzkonform mit dem Teamviewer den gleichen Fall ansehen, daran arbeiten oder ihn besprechen.“ Sein Fazit: Neue Mitarbeiter können damit enger angeleitet werden als zuvor. Diese Erfahrung hat Jan Scherlitz schließlich in ein strukturiertes Online-Einarbeitungskonzept gegossen, das er auch zukünftig anwenden will.

Weniger Prüfaufträge ermöglichten es im Frühjahr 2020, den Öffentlichen Gesundheitsdienst in der Pandemie zu unterstützen. Aus den Teams der Abteilung Krankenhaus in Schleswig-Holstein und Hamburg meldeten sich viele Mitarbeiter freiwillig, um in die örtlichen Gesundheitsämter zu helfen und Infektionsketten nachzuvollziehen. Das sei möglich geworden, weil die Politik die Prüfquote auf fünf Prozent gesenkt und die Erledigungsfristen auf 16 Monaten verlängert habe, so Scherlitz.

Aus den technischen Neuerungen als Folge der Corona-Pandemie hat die Abteilung Krankenhaus viel gelernt. Teamleiter Dr. Scherlitz will auch nach einem Ende der Pandemie wenn möglich einen höheren Anteil an Homeoffice-Tätigkeit beibehalten. „Das ist nun nicht mehr vollständig wegzudenken, auch, weil wir Aktenlage-Gutachten jetzt genauso gut bearbeiten können wie im Büro, wenn nicht sogar effizienter.“ Allerdings blieben Begehungen der Standard im MDK Nord. Ein weiterer Vorteil seien die anfangs aus der Not heraus geschaffenen Videokonferenz-Strukturen. Sie sparen viel Reisezeit bei Fortbildungen sowie bei Gutachtern aus verschiedenen Standorten, die sich oft häufiger zu Besprechungen zentral treffen mussten. „Im Ergebnis hat uns die Corona-Pandemie technisch weiter vorangebracht, als wir es 2020 je gedacht hatten“, ist Dr. Scherlitz überzeugt.



Beratungen ohne persönliche Begegnung

Das Jahr 2020 stellte aufgrund der Corona-Pandemie besondere Anforderungen an die Abteilung Ambulante Versorgung.

„Die Abteilung Ambulante Versorgung begutachtet zahlreiche Anlässe, deren Bearbeitung umfangreiche und spezialisierte sozialmedizinische Kenntnisse voraussetzt, die teilweise über Jahre erworben werden. Deshalb bedient der einzelne Gutachter in der Regel nur wenige Begutachtungsfelder der ambulanten Versorgung“, so die Leiterin der Abteilung Ambulante Versorgung, Dr. Barbara Mörchen. Die Begutachtungen umfassen Anträge auf Rehabilitation, Arzneimittel, Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), Hilfsmittel, Hospiz, Spezielle Ambulante Palliativversorgung (SAPV), plastische oder bariatrische Operationen und weitere. Einige davon sind medizinisch dringlicher als andere, zum Beispiel die Versorgung mit einem Beatmungsgerät für eine Heimbeatmung im Vergleich zu einem elektiven operativen Eingriff, der sich ohne Nachteile für die Versicherten zeitlich verschieben lässt.

Neben medizinischen Gründen für vorrangige Bearbeitung gibt es Vorgaben zu beachten, die sich aus gesetzlichen Fristen der Bearbeitung ergeben oder aus der Verknüpfung mit dem Leistungskatalog der GKV. Die zeitlichen Aufwände der Begutachtungen weichen je nach Anlass teilweise deutlich voneinander ab. Von all diesen Faktoren – neben den reinen Fallzahlen – hängt ab, wie die verschiedenen Begutachtungsbereiche gutachterlich ausgestattet und organisiert werden.

Aufgrund der Pandemie hat der Gesetzgeber erhebliche Eingriffe im Bereich der Pflege und der Krankenhausbehandlung vorgenommen. Auswirkungen auf die Prozesse gab es aber auch in der Abteilung Ambulante Versorgung: Die Begutachtungen erfolgen oft im Kontakt mit Menschen: Hierzu gehören vor allem die Sozialmedizinischen Fallberatungen (SFB) im persönlichen Kontakt mit Mitarbeitern der Krankenkassen aber auch die Körperlichen Untersuchungen (KU) der Versicherten.

Mit dem ersten Lockdown im März wurde in der Abteilung Ambulante Versorgung die SFB vor Ort bei der Kasse und die KU eingestellt. Parallel hierzu – wie im ganzen MDK Nord – wechselten, soweit möglich, die Gutachter ins Homeoffice. Das gelang problemlos, auch aufgrund der guten technischen Ausrüstung des MDK Nord.

Gutachterliche Stellungnahmen in der Kassen-SFB erfolgten bis zu Beginn der Pandemie meist handschriftlich vor Ort bei der Krankenkasse, oft auf der Basis von Papierakten. Es handelt sich um ein effektives und zeitsparendes Begutachtungsinstrument. Es ist das zentrale Produkt der Abteilung. Herausfordernd und anspruchsvoll war die Suche nach Alternativen zur klassischen Kassen-SFB vor Ort. Die zeitlichen Aufwände pro Einzelfall sollten sich in Zeiten der Pandemie durch Umstellungen nicht relevant erhöhen. Aus schnell zu etablierende Notlösungen mussten langfristig tragfähige Prozesse entwickelt werden, um während der andauernden Pandemie mit Kontaktbeschränkungen dauerhaft handlungsfähig zu bleiben.

Für einen Großteil der Fälle konnte die Handschriftlichkeit der SFB erhalten bleiben, alternativ wurden digitale Übermittlungswege etabliert mit elektronischer Bearbeitung der Aufträge. Deshalb fielen die Auftragszahlen nur über einen begrenzten Zeitraum von wenigen Wochen im März und April deutlich ab, bis auf etwas weniger als ein Viertel des durchschnittlichen Falleinganges im Frühjahr 2019. Ursachen waren unter anderem geringere Vertragsarztkontakte der Versicherten und Schließungen von Rehabilitationseinrichtungen. Es wurden aus Angst vor Infektion zeitweise deutlich weniger Anträge auf Rehabilitation gestellt.

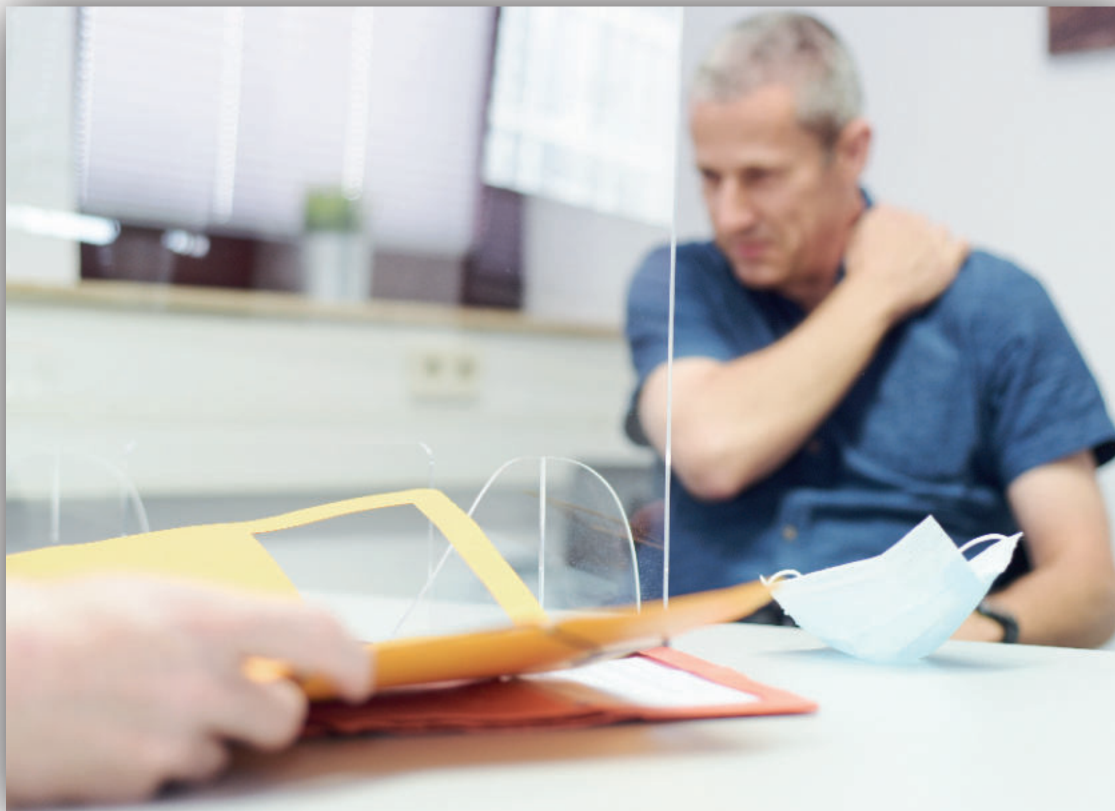
Verwendet wurden die aufgrund der temporär zurückgehenden Aufträge freiwerdenden Ressourcen zur Bearbeitung offener, meist aufwändigerer älterer Fälle, den Abbau von Mehrzeitguthaben und die Verlagerung von Begutachtungen aus Mehrzeitprojekten in die interne Bearbeitung. Bereits im Mai zogen die Fallzahlen aber bereits wieder an. Im Juli hatten die Gutachter der Ambulanten Versorgung die höchste Auftragslage seit März des Vorjahres.



Dr. Barbara Mörchen

Weitere Gutachter für Behandlungsfehler

In diesem Zusammenhang wurde in Abstimmung mit der Abteilung Krankenhaus ein Teil der Begutachtung von Behandlungsfehlern verlagert. Circa 90 Gutachter der Abteilung Krankenhaus wurden in der Begutachtung von Behandlungsfehlern geschult. Schulungen und ergänzende Unterstützungen im laufenden Geschäft erforderten und erfordern weiterhin zeitliche Ressourcen der Abteilung Ambulante Versorgung. Mit dem Abfall der Corona-Infektionszahlen und Lockerung der Kontaktbeschränkungen waren zeitweise in den Sommermonaten wieder SFB vor Ort bei der Kasse und KU möglich. Selbstverständlich unter Einhaltung von Hygieneschutzstandards, die im Führungsteam von den



Spuckschutzwände in Untersuchungsräumen im BBZ-Hamburg unterstützen den Infektionsschutz bei persönlichen Begutachtungen (gestelltes Foto). Die Abteilung Service hat damit an allen Standorten des MDK Nord sichergestellt, dass die Vorgaben eingehalten werden.

Abteilungsleitern, dem Leitendem Arzt und dem Geschäftsführer in enger Zusammenarbeit mit dem Arbeitsschutzbeauftragten des MDK Nord, Lutz Remshardt, erarbeitet wurden. Viele Fragen waren zu klären: zum Beispiel der notwendigen Schutzkleidung, der Mindestgröße von Räumen bei gemeinschaftlicher Nutzung, der Wege dorthin, der Lüftungsregeln, der Abstände zwischen Gutachtern und Versicherten oder Mitarbeitern der Krankenkassen. Ein Merkblatt mit „Verfahrensregeln für die Versicherten für die Begutachtung beim MDK Nord" wurde entwickelt. Mit den Krankenkassen mussten Hygieneschutzstandards abgesprochen werden, um eine Fortführung der Kassen-SFB in deren Räumen zu ermöglichen.

Normalität ist für die Abteilung entsprechend der allgemeinen Corona-Entwicklung nicht wieder eingetreten. Während der zweiten Corona-Welle konnte auf die Erfahrungen und Prozessumstellungen aus März zurückgegriffen werden. Zusätzlich wurden im Herbst Alternativen zur KU durch andere Instrumente der Informationsbeschaffung erprobt in Form eines Projekts „Telefoninterviews".

Neue Qualitätssicherung etabliert

Parallel zu diesen Ereignissen hat die Abteilung im Jahr 2020 die auf Bundesebene vorangetriebene „Übergreifende Qualitätssicherung der Begutachtung für die Krankenversicherung (QSKV)" in einzelnen Anlassgruppen etabliert und im Fachbereich Arbeitsunfähigkeit (AU) in den Routinebetrieb überführt. Auch das war ein wichtiger Meilenstein.

„Das Umstellen der Abteilungsprozesse und ihre Organisation beschäftigte die Führungskräfte in hohem zeitlichen Ausmaß", so Mörchen. „Auch die Gutachter waren gefordert, sich auf die verändernden Arbeitsbedingungen und neuen Prozesse flexibel einzustellen und mitzuwirken. Dies gelang allen Beteiligten mit Zusammenhalt und hohem Engagement." Was bleibt an positiven Aspekten? „Die Abteilung ‚kann Krise´ und ist auch unter größeren Schwierigkeiten in der Lage, ihre Leistungsfähigkeit und Prozesse aufrechtzuerhalten und flexibel umzustellen. Wir haben neue Instrumente entwickelt, die nach dem Ende der Corona-Pandemie beziehungsweise der Normalisierung von Kontaktbeschränkungen teilweise erhalten bleiben und unsere Arbeit verbessern werden", resümiert Barbara Mörchen. Hierzu zählen zum Beispiel Webkonferenzen. Sie eignen sich nicht nur für interne Sitzungen und Fortbildungen sondern auch als mögliche Alternative zu den SFB bei der Kasse vor Ort. Und auch die Telefoninterviews werden als wichtiges Instrument bleiben. Bewährtes und Geschätztes wie die persönlichen Kontakte sollen aber nicht aufgegeben werden und werden sehnlichst zurückerwartet. „Und dem papierlosen Büro sind wir ein gutes Stück näher gekommen."



„Wir übernehmen mehr als 90 Prozent“

Immer neue Regeln im deutschen Gesundheitswesen bedeutet auch häufig veränderte oder neue Aufgaben für die Medizinischen Dienste. Das zeigt sich auch im Personalbedarf des MDK Nord, der stetig angepasst werden muss. 2020 haben sich erneut mehr als 900 Fachkräfte beim MDK Nord beworben. Botho Müller, der Leiter der Abteilung Personal und Finanzen, erläutert, wie er unter Pandemiebedingungen neue Mitarbeiter auswählen und einstellen kann.


Botho Müller

Herr Müller, wie stark hat sich Ihr Anwerbeverfahren in 2020 verändert?

Es war anders als sonst und es war auch wieder nicht anders als sonst. Wir sind seit Jahren sehr breit im Bewerbungsverfahren aufgestellt: Die Bewerbungen kommen weitgehend elektronisch über unser Online-Formular auf der MDK Nord-Website zu uns herein, nicht mehr in Papierform. Deshalb hat sich im Erstkontakt zu uns nichts geändert. Es war im Gegenteil sogar vorteilhaft für die Bearbeitung im Homeoffice. Tatsächlich geändert hat sich dann der Folgekontakt in unserem gestaffelten Verfahren, das in der Regel aus informellem Vorgespräch, einer Hospitation und dann einem förmlichen Vorstellungsgespräch besteht. Das haben wir umgestellt. Zuvor allerdings mussten wir im Frühsommer aus Sicherheitsgründen die Bewerbungsverfahren erstmal komplett ruhen lassen, von Mitte April bis Juni, mit dem Hinweis an die Bewerber, dass wir weiter Interesse haben, aber erstmal die Pandemieentwicklung abwarten müssen. Dafür hatten aber auch alle Verständnis.

Können Sie durch das umgestellte Verfahren die Bewerber dennoch richtig kennenlernen?

Ich denke ja. Wir haben die ersten beiden Schritte des strukturierten Verfahrens umgestellt. Das informelle Vorgespräch findet nun entweder als Telefon-Interview statt, oder als Video-Interview. Auch die Hospitation ist – nach anfänglichen Schwierigkeiten – größtenteils auf Videokonferenzen umgestellt worden. Dies wird besonders zum Kennenlernen von zukünftigen Kodierfachkräften in der Abteilung Krankenhaus genutzt. Während Pflegefachkräfte für die Abteilung Pflegeversicherung ja einmal zu einem Test hier ins Haus kommen, was aber problemlos ist, weil sie allein in einem Raum sitzen, ihren Test schreiben und dann wieder gehen. In diesem Zuge sieht dann der zukünftige Fachvorgesetzte die Bewerber einmal kurz. Daraus resultiert dann das weitere Verfahren: Die Bewerber, die bisher nur virtuell zu sehen waren, kommen dann zu einem Vorstellungsgespräch, weil der Vorgesetzte sie einmal persönlich kennenlernen sollte. Die Bewerber, die bereits im Hause waren, die gehen dann umgekehrt in ein virtuelles Vorstellungsgespräch. So können wir garantieren, dass beide Seiten sich jeweils einmal persönlich treffen und einen Eindruck voneinander bekommen und gleichzeitig die persönlichen Kontakte auf ein Minimum vermindert werden. Allerdings versuchen wir zurzeit noch einen Schritt weiter zu gehen und aus Sicherheitsgründen, ganz auf den virtuellen Kontakt umzustellen. Aber das steht noch nicht fest.

Wie wird die zeitliche Begrenzung von Neueinstellungen auf zunächst zwei Jahre von Bewerbern gewertet?

Es hat Vor- und Nachteile für beide Seiten. Für uns ist es von Vorteil, die Bewerber vertieft kennen zu lernen. Gerade weil wir sie in der Pandemiezeit kaum persönlich sehen. Wir haben inzwischen auch den Rhythmus eingespielt, dass wir Mitarbeiter etwa nach eineinhalb Jahren entfristen und sie natürlich nicht bis zum letzten Tag darauf warten lassen. Ganz wichtig: Wir übernehmen zurzeit 92 Prozent aller Mitarbeiter nach dem Befristungszeitraum in eine unbefristete Beschäftigung. Der Nachteil ist tatsächlich, dass der eine oder andere Bewerber sagt: „Ich habe woanders eine unbefristete Beschäftigung und soll mich nun auf eine Befristung einlassen. Das kann ich jetzt nicht“ – und sie oder er springt uns ab. Wir sind aber der Meinung, dass dieser Nachteil durch die Vorteile aufgewogen wird. Das bedeutet, dass dieser Umstand, dass der eine oder andere uns dann absagt, noch hinnehmbar ist. Es wird ja vielfach im öffentlichen Dienst damit gearbeitet.

In normalen Zeiten war die Befristung übrigens gar kein Problem, weil jeder für sich wusste, dass er das schon schafft. Aber in Zeiten der Krise, in der der Ehemann, die Ehefrau, möglicherweise von Arbeitslosigkeit bedroht wird, ist der Partner gelegentlich weniger bereit, sich auf das Risiko einzulassen, nicht zu wissen, was in zwei Jahren passiert.

Zeigt dieses Sicherheitsbewusstsein auch andere Erwartungen an den Arbeitsplatz als in den Vorjahren?

Das Sicherheitsbewusstsein begegnet uns immer, vielleicht war es weniger ausgeprägt vor der Pandemie. Was sich tatsächlich verändert hat, ist die definitive Frage nach Homeoffice.

(Weiter Seite 31)

1 MDK Nord wechselt zur Begutachtung auf Distanz

Digital statt persönlich im Begutachtungsbereich Krankenhaus

Virtuelle Krankenhausbegehung

In der Abteilung Krankenhaus sind im Frühjahr 2020 die Begehungen eingestellt worden, aus den gleichen Gründen wie die Pflegebegutachtungen im Hausbesuch, die Krankenkassen-SFB, Kurzuntersuchungen (AU) und weitere Begutachtungsformen mit direktem persönlichem Kontakt. Die Begehung als bis dahin stark genutzte und effiziente Erledigungsart konnte größtenteils zur Begutachtung nach Aktenlage umgewandelt werden. Um nicht ganz auf die Vorzüge einer gemeinsamen Konsenssuche verzichten zu müssen, wurde die sogenannte virtuelle Krankenhausbegehung ins Leben gerufen. Statt einer persönlichen Besprechung in der Klinik findet die Fallbesprechung dabei telefonisch oder per Videokonferenz statt. Die Bereitschaft der Krankenhäuser vorausgesetzt, werden Gutachter des MDK im Vorfeld mit allen erforderlichen Unterlagen versorgt.

Nach Ende der Corona-Pandemie strebt die Abteilung Krankenhaus wieder die bewährten persönlichen Begehungen an. Virtuelle Begehungen mit fachlichem Austausch per Videokonferenz werden aber perspektivisch eine interessante Alternative oder Ergänzung darstellen, da sie eine noch flexiblere Besprechung einzelner Fallgruppen ermöglichen.

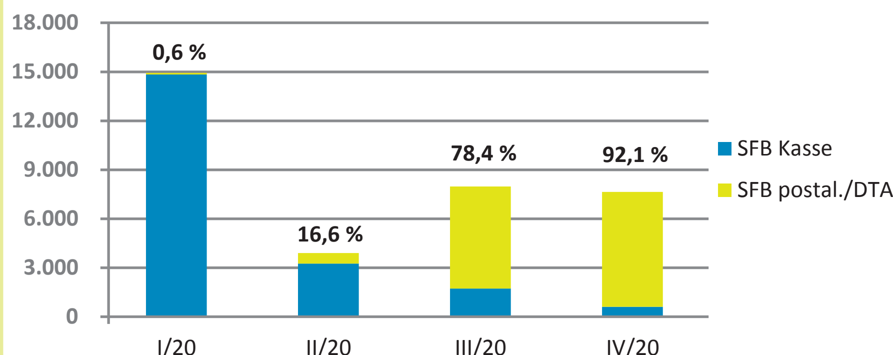
Digitale SFB von Krankenhaus-Fällen

Die mit Beginn des zweiten Quartals 2020 vom Gesetzgeber festgelegte Prüfquote für Krankenhaus-Abrechnungen wurde pandemiebedingt von 12,5 Prozent auf 5 Prozent gesenkt. Durch die Senkung der Prüfquote wurde es für die Krankenkassen noch wichtiger, gezielt Fälle mit dem höchsten Prüfpotential auszuwählen.

Durch die Corona-Pandemie hat sich der Fallmix in den Krankenhäusern verändert. Elektive Kurzlieger-Fälle haben im Verhältnis zu unaufschiebbaren Notfallbehandlungen abgenommen. Der Anteil von komplexen Behandlungsfällen in den Krankenhäusern hat zugenommen. Eine sozialmedizinische Fallberatung der Krankenkassen durch die Gutachter des MDK wurde dadurch noch wichtiger.

Aufgrund der Corona-Situation wurde Anfang März die persönliche Vorberatung vollständig eingestellt. Daher ist kurzfristig beim MDK Nord im Rahmen des bestehenden Datenaustauschverfahrens die digitale SFB als Alternative eingeführt worden. Genau wie bei der persönlichen SFB können den Gutachtern neben den § 301-Abrechnungsdaten (laut SGB V) weitere, der Krankenkasse vorliegende Unterlagen, zur Verfügung gestellt werden. Damit wurde ein zusätzlicher Baustein für die digitale Kommunikation zwischen Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst gesetzt. Mit der inzwischen nahezu vollständigen Ablösung der persönlichen SFB stellt der MDK seinen Auftraggebern mit der DTA-SFB ein effizientes Beratungs- und Entscheidungsinstrument zur Verfügung. Aktuell finden bereits 92 Prozent aller Vorberatungen im Krankenhausbereich digital statt.

SFB in der Anlassgruppe Krankenhausleistungen
Entwicklung der digitalen SFB in 2020



(Fortsetzung von Seite 30) Es wurde auch bei früheren Bewerbungen immer wieder nach der Möglichkeit für Homeoffice gefragt, was wir in der Vergangenheit kaum bieten konnten, die Bewerber aber trotzdem kamen. Das ist nun anders, es wird von den Bewerbern auch langfristig erwartet. Aber da wir Homeoffice nun auch über die Pandemie hinaus als dauerhafte Lösung anbieten wollen und können, zeigt sich das auch sehr positiv bei der Anwerbung.

Wie wird sich die Personalsituation in 2021 entwickeln?

Unser Verwaltungsrat hatte in 2019 einer deutlichen Erhöhung des Stellenplanes zugestimmt. Das waren 2019 mehr als 60 zusätzliche Stellen, also fast 15 Prozent, die uns bewilligt worden sind. In der Größenordnung konnten wir dies allerdings naturgemäß nicht so schnell ausfüllen. Das hängt einmal damit zusammen, dass wir nicht in allen Bereichen so viele Bewerber finden, wie wir gerne hätten. Es hängt aber auch mit den Einarbeitungsressourcen zusammen. Wir könnten nicht 30 Bewerber neu in einem Monat einstellen. Es fehlt dafür die Ressource in den Fachabteilungen, sie alle auch parallel zum laufenden Betrieb einzuarbeiten. Das haben wir bei den Kodierfachkräften gesehen, bei der wir die Anwerbung bewusst verlangsamt haben, um die Eingestellten auch optimal zu betreuen und einzuarbeiten. Obwohl wir ja viele Bewerber haben.

Können Sie weiteren, großen Personalbedarf absehen?

Ich denke, dass wir in einzelnen Bereichen an die Grenzen stoßen. Bei Kodierfachkräften sind wir jetzt gut besetzt. Bei den Pflegefachkräften ist immer wieder Bedarf, in einem Bereich aber wohl auch eher rückläufig. Bei Ärzten werden wir weiter nachbesetzen, aber es gibt allgemein einfach nicht ausreichend Ärzte. Deshalb werden teilweise bestimmte Gutachterteilaufgaben auch auf andere Berufsgruppen umgesteuert, was mit den Kodierfachkräften ja schon gut funktioniert.

Alle Leistungen des MDK Nord im Überblick, 2019

625.854	**Versichertenbezogene gutachterliche Stellungnahmen**
1.639	**Prüfungen der Qualität in der Pflege**
10.238	**Stunden Grundsatzberatung**

Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Versichertenbezogene Stellungnahmen

Fallsteuernd (nicht fallabschließend)	81.233
Fallabschließend	**406.512**
Gesamt	**487.745**

Fallabschließende versichertenbezogene Stellungnahmen

Anlassgruppe	*Anzahl*	*Anteil*
Arbeitsunfähigkeit	56.199	13,8 %
Stationäre Leistungen	264.256	65,0 %
Ambulante Leistungen	17.249	4,2 %
NUB/Arzneimittelversorgung	6.861	1,7 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	37.428	9,2 %
Hilfsmittel GKV	14.824	3,7 %
Ansprüche gegenüber Dritten (inklusive Behandlungsfehler)	2.416	0,6 %
Sonstige Anlässe	7.279	1,8 %
Gesamt	**406.512**	**100 %**

Beratungen

Art der Beratungsstunden	*Anzahl*	*Anteil*
Qualitätsprüfung Krankenhaus	1.733	20,7 %
Expertise	3.970	47,4 %
Projektarbeit	897	10,7 %
Schulung	342	4,1 %
Gremienarbeit	975	11,6 %
Sonstige Beratung/Verhandlungen	459	5,5 %
Gesamt	**8.376**	**100 %**

Begriffserläuterung:

SFB	**S**ozialmedizinische **F**all**b**eratung, im Krankenkassen-Gespräch oder postalisch
NUB	**N**eue **U**ntersuchungs- und **B**ehandlungsmethoden
AU	**A**rbeits**u**nfähigkeit
GKV	**g**esetzliche **K**ranken**v**ersicherung
SPV	**s**oziale **P**flege**v**ersicherung

**) **) (siehe Erläuterungen Seite 34)*

Leistungen für die soziale Pflegeversicherung (SPV)

Versichertenbezogene Stellungnahmen

Fallsteuernd (nicht fallabschließend)	4.430
Fallabschließend	133.679
Gesamt	**138.109**

Fallabschließende versichertenbezogene Stellungnahmen

Begutachtungsart	*Anzahl*	*Anteil*
Erstbegutachtung	70.417	52,7 %
Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung	54.839	41,0 %
Widerspruchsbegutachtung	8.423	6,3 %
Gesamt	**133.679**	**100 %**

Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen

Art der Prüfung	*ambulant*	*stationär*	*Gesamt*
Regelprüfung	783	812	1.595
Anlassprüfung	11	21	32
Wiederholungsprüfung	2	10	12
Gesamt	**796**	**843**	**1.639**

Beratungen

Art der Beratung	*Stunden*	*Anteil*
Projektarbeit	369	19,8 %
Gremienarbeit	818	43,9 %
Anhörungen/Stellungnahmen/Beratung §114 SGB XI	405	21,8 %
Schulung/Sonstiges	270	14,5 %
Gesamt	**1.862**	**100 %**

Überblick nach Abteilungen **

Versichertenbezogene Stellungnahmen

Organisationseinheit	*Auftragseinggang* schriftlich*	*Auftragseingang gesamt*	*Ausgang schriftlich*	***Ausgang gesamt***	*Ausgang fallabschließend*
Abteilung Ambulante Versorgung	86.570	179.443	81.848	**174.721**	137.208
Abteilung Krankenhaus (somatisch)	220.742	283.138	227.764	**290.160**	251.394
Fachbereich Psychiatrie/Psychotherapie	14.322	22.781	14.158	**22.617**	17.675
Abteilung Pflegeversicherung	158.263	160.166	136.453	**138.356**	133.914
Gesamt	**479.897**	**645.528**	**460.223**	**625.854**	**540.191**

Alle Leistungen des MDK Nord im Überblick, 2020

432.725	**Versichertenbezogene gutachterliche Stellungnahmen**
487	**Prüfungen der Qualität in der Pflege**
12.129	**Stunden Grundsatzberatung, davon 5.058 mit externem Auftrag**

Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Versichertenbezogene Stellungnahmen

Fallsteuernd (nicht fallabschließend)	52.704
Fallabschließend	**223.975**
Gesamt	**276.679**

Fallabschließende versichertenbezogene Stellungnahmen

Anlassgruppe	*Anzahl*	*Anteil*
Arbeitsunfähigkeit	46.182	20,5 %
Stationäre Leistungen	108.214	48,3 %
Ambulante Leistungen	16.250	7,3 %
NUB/Arzneimittelversorgung	6.439	2,9 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	24.333	10,9 %
Hilfsmittel GKV	13.802	6,2 %
Ansprüche gegenüber Dritten (inklusive Behandlungsfehler)	2.438	1,1 %
Sonstige Anlässe	6.317	2,8 %
Gesamt	**223.975**	**100 %**

Beratungen mit externem und internem Auftrag

Art der Beratungsstunden	*Anzahl*	*Anteil*
Qualitätsprüfung Krankenhaus	699	6,0 %
Expertise	2.347	20,3 %
Projektarbeit	1.030	8,9 %
Schulung	1.095	9,5 %
Gremienarbeit	1.909	16,5 %
Sonstige Beratung/Verhandlungen	4.483	38,8 %
Gesamt	**11.563**	**100 %**
Interner Wissenstransfer (Strukturprüfungen, Behandlungsfehler, Sonstiges)	**3.432**	

**) Da Stornierungen bis zu mehreren Monaten nach Auftragseingang erfolgen können, entstehen bei einer Netto-Betrachtung (ohne Storno) abhängig vom Datenstand differente Eingangszahlen. Um dies zu vermeiden, werden die Auftragseingänge inklusive der stornierten Aufträge gezählt (Stand Januar 2018).*

***) Im Gegensatz zur „Übersicht der GKV- und SPV-Leistungen“, die die Betrachtung nach Begutachtungsanlass vorsehen, werden im „Überblick nach Abteilungen“ der Input und Output der einzelnen Abteilungen oder Organisationseinheiten ausgewiesen.*

****) Diese Organisationseinheit wurde zum 01.01.2021 Bestandteil der Abteilung Krankenhaus.*

Leistungen für die soziale Pflegeversicherung (SPV)

Versichertenbezogene Stellungnahmen

Fallsteuernd (nicht fallabschließend)	3.570
Fallabschließend	152.476
Gesamt	**156.046**

Fallabschließende versichertenbezogene Stellungnahmen

Begutachtungsart	*Anzahl*	*Anteil*
Erstbegutachtung	72.236	47,4 %
Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung	66.554	43,6 %
Widerspruchsbegutachtung	13.686	9,0 %
Gesamt	**152.476**	**100 %**

Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen

Art der Prüfung	*ambulant*	*stationär*	*Gesamt*
Regelprüfung	256	210	466
Anlassprüfung	7	12	19
Wiederholungsprüfung	1	1	2
Gesamt	**264**	**223**	**487**

Beratungen

Art der Beratung	*Stunden*	*Anteil*
Projektarbeit/Expertise	100	17,7 %
Gremienarbeit	380	67,1 %
Anhörungen/Stellungnahmen/Beratung §114 SGB XI	58	10,2 %
Schulung/Sonstiges	28	5,0 %
Gesamt	**566**	**100 %**

Überblick nach Abteilungen **

Versichertenbezogene Stellungnahmen

Organisationseinheit	*Auftragseinggang* schriftlich*	*Auftragseingang gesamt*	*Ausgang schriftlich*	***Ausgang gesamt***	*Ausgang fallabschließend*
Abteilung Ambulante Versorgung	83.160	144.073	80.624	**141.537**	111.478
Abteilung Krankenhaus (somatisch)	83.722	102.152	104.243	**122.673**	101.920
Fachbereich Psychiatrie/Psychotherapie ***	8.788	10.041	11.012	**12.265**	10.377
Abteilung Pflegeversicherung	169.162	169.734	155.678	**156.250**	152.676
Gesamt	**344.832**	**426.000**	**351.557**	**432.725**	**376.451**

Klinik-Prüfquoten bundesweit im Blick

Um die neuen Prüfquoten in der Krankenhaus-Begutachtung zu überwachen, ist in der MDK-Gemeinschaft ein spezielles Software Modul programmiert worden. Es ermöglicht, zukünftig die Quoten für jedes Krankenhaus und jede Krankenkasse bundesweit im Blick zu haben.

Dazu geführt hat die Entwicklung seit Einführung des DRG-Systems. Die Anzahl der Einzelfallprüfungen von Krankenhausabrechnungen ist seitdem ständig gestiegen. 2019 lag sie im MDK Nord bei knapp 20 Prozent aller Krankenhausabrechnungen, in anderen MDK noch höher. Um diese Entwicklung zu stoppen, hatte der Gesetzgeber für 2020 eine Deckelung der Prüfquote auf 12,5 Prozent vorgegeben. Um die Krankenhäuser in der Corona-Pandemie zu entlasten, wurde zum zweiten Quartal 2020 die Quote auf fünf Prozent abgesenkt. 2021 ist die Quote wieder auf 12,5 Prozent angehoben worden. Es ist vorgesehen, dass in den Folgejahren die Prüfquote individuell für jedes Krankenhaus von der Anzahl der Rechnungskorrekturen abhängen soll.

In den ersten beiden Quartalen 2020 standen die Krankenkassen selbst in der Pflicht, die vorgegebene Einhaltung der Prüfquote zu kontrollieren. Grundlage für die Berechnung der Quote sind die Anzahl der Krankenhausabrechnungen, die zwei Quartale vorher vorlagen (je Krankenhaus und Krankenkasse). Der GKV-Spitzenverband hat die Aufgabe, die Quote zu berechnen und zu veröffentlichen.

Seit dritten Quartal 2020 ist es jedoch Aufgabe jedes Medizinischen Dienstes, die Einhaltung der Prüfquoten je Krankenhaus und Krankenkasse zu überwachen (siehe „Feste Quoten, wo vorher keine waren“, Seite 8). Dabei ist jedes Krankenhaus immer genau einem Medizinischen Dienst zugeordnet („Tatortprinzip“). Dies stellte die MDK vor eine große operative Herausforderung. Es wurde hierzu 2019 kurzfristig eine bundesweite Arbeitsgruppe ins Leben gerufen. Schnell war klar, dass die Überwachung der Prüfquote nur maschinell erfolgen kann. Selbstverständlich musste auch sichergestellt werden, dass alle Medizinischen Dienste die Prüfaufträge auf die gleiche Art und Weise zählen. Daraus wurde der Ansatz entwickelt, die Prüfquoten gleich bei der digitalen Annahme der Aufträge zu überwachen. Hierfür setzen alle MDK das gleiche Programm namens „DAVMDK“ (Datenaustausch-Verfahren MDK) ein. Voraussetzung hierfür ist es, dass den Medizinischen Diensten die prüfquotenrelevanten Aufträge von den Krankenkassen ausschließlich digital übermittelt werden. Dies war aber schon Anfang 2020 zu weit über 99 Prozent der Fall.



Das Team Controlling: (von links) Tim Wulf, Hana Koban, Thomas Rädisch, Dr. Dirk Melcher

AG entwickelt Algorithmus für Zählung

Aufgabe der Arbeitsgruppe war es dann, einen Algorithmus zu entwickeln, der sich innerhalb von DAVMDK als Software-Modul realisieren lässt. Es stellte sich heraus, dass es zahlreiche komplexe Konstellationen gibt, die zu berücksichtigen sind. Es musste ein Bezugsdatum für die Zählung der Aufträge festgelegt werden. Man entschied sich aus pragmatischen Gründen für das Beauftragungsdatum. Diese Festlegung wurde aktuell vom Gesetzgeber bestätigt. Weiter war unter anderem zu klären, wie man mit Folgeaufträgen umgeht und wie diese zu identifizieren sind. Es war auch zu prüfen, bei welchen Fällen das Rechnungseingangsdatum wegen der Vier-Monatsfrist eine Rolle spielt und wie eventuell stattgefundene Vorverfahren zu berücksichtigen sind. Die Arbeitsgruppe hat eine technische Definition erarbeitet, wie Entbindungen oder stationsäquivalente Aufenthalte in der Psychiatrie im § 301-Datensatz (basierend auf den Pflichten zur Datenübermittlung laut SGB V) aufzufinden sind, denn diese beiden Konstellationen dürfen nicht für die Quote gezählt werden. Es musste auch eine technische Definition dafür gefunden werden, wann ein Auftrag doppelt eingegangen ist – und daher abgewiesen werden muss und auch nicht gezählt werden darf. Bei jedem

2 MDK Nord wechselt zur Begutachtung auf Distanz

Telefon-Aktenlagen in der Pflegebegutachtung nach § 18 SGB XI

Als direkte und notwendige Konsequenz der im Frühjahr 2020 erlassenen Kontaktbeschränkungen fand im Fachbereich Einzelfallbegutachtung nach § 18 SGB XI der Abteilung Pflegeversicherung ein Wechsel von der klassischen Haus- und Heimbegutachtung zur telefonischen Befragung des Versicherten beziehungsweise dessen Angehörigen statt. Dieses Verfahren ist seit dem 19. März mit lediglich einer etwa dreiwöchigen Rückkehr zum Hausbesuchsgutachten im Oktober durchgehend angewendet worden.

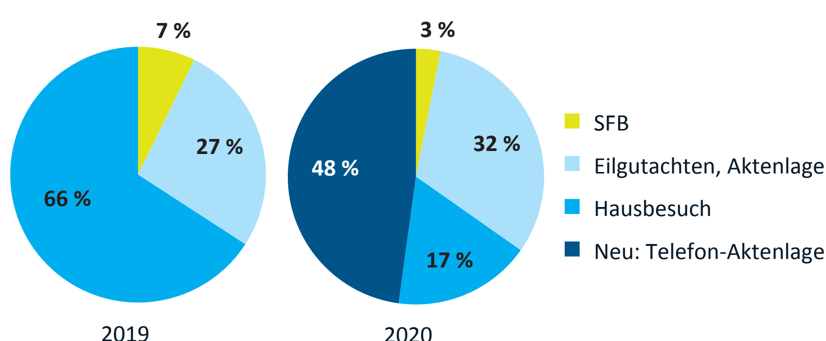
Für diesen schnellen Wechsel, wurde zunächst die bereits vorhandene Software zur Erstellung von Aktenlagen angepasst, um in einem zweiten Schritt innerhalb der Begutachtungssoftware NeoPVM die sogenannte „Telefonaktenlage" zu entwickeln und kurzfristig zu starten. Der Wechsel zwischen einem Hausbesuch und einer Telefonaktenlage ist technisch damit sehr einfach und flexibel.

Mit Hilfe der im Vorfeld angeforderten elektronisch bereitgestellten Krankenkassen- beziehungsweise Behandlerunterlagen ist eine persönliche Begutachtung in Zeiten der Pandemie nicht zwingend notwendig. Wichtig ist, dass die Unterlagen zusammen mit den Selbstauskünften der Antragsteller vorliegen, um alle wesentlichen Module des Pflegegutachtens zur Beurteilung und Empfehlung eines Pflegegrades zu erstellen.

Zum Schutz der Versicherten und der Mitarbeiter des MDK Nord wurden seit März lediglich in begründeten Ausnahmefällen Versicherte in ihrem Zuhause persönlich begutachtet. Hierbei wurden die individuellen Risiken und die allgemeine Infektionslage berücksichtigt sowie die vorgeschriebenen Hygienemaßnahmen eingehalten.

Die Gutachten durch Telefonaktenlage weisen im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr im Allgemeinen nahezu identische Pflegegrade aus und stellen die Antragstellenden damit nicht schlechter gegenüber Empfehlungen mit Hausbesuchen: aktuell erhalten neun von zehn Pflegeanträge eine Leistungsbefürwortung.

Anlassgruppe Pflege (Fallabschlüsse), Vergleich 2019 und 2020



Auftragseingang hat nun der Prüfalgorithmus von DAVMDK zu entscheiden, ob der Fall angenommen oder abgelehnt wird, beispielsweise bei Fehlen des Rechnungseingangsdatums bei einem prüfquotenrelevanten Fall. Ferner ist zu ermitteln, ob der Auftrag auf die Prüfquote anzurechnen ist. Wenn ja, dann muss der Quotenzähler erhöht werden. Ein zentraler Aspekt ist die detaillierte Protokollierung der Gründe, warum ein Auftrag abgelehnt, nicht abgelehnt, beziehungsweise auf die Quote angerechnet oder nicht angerechnet wird. Außerdem sind in jedem Protokolleintrag die zu diesem Zeitpunkt aktuellen Zählerstände ausgewiesen. Somit lässt sich aus dem Protokoll jederzeit der Zählerstand zu einem bestimmten Zeitpunkt rekonstruieren und das Verfahren bleibt transparent.

Anfang April wurde die erste Version von DAVMDK ausgeliefert, bei der die Quotenüberwachung im Testmodus stattfand, weil zu diesem Zeitpunkt die Verantwortung für die Quotenüberwachung noch bei den Krankenkassen lag. Mit Hilfe des Quotenprotokolles konnte dann überprüft werden, ob der Algorithmus korrekt arbeitet. Anfang des dritten Quartales wurde dann die Prüfquotenüberwachung „scharf geschaltet". Es mussten noch einige kleinere Fehler korrigiert werden, insgesamt aber lief die Prüfquotenüberwachung stabil und korrekt. Bei dem Auffinden von Folgeaufträgen gab es noch Probleme, da DAVMDK systembedingt nicht weit genug in der Historie zurückschauen konnte, ob zu einem Folgeauftrag auch einen Erstauftrag zu finden war. Hier wird jetzt vorübergehend manuell nach dem Erstauftrag gesucht, bis der Zeitraum, den DAVMDK zurückschauen kann, lang genug ist, um zu einem Folgeauftrag immer den zugehörigen Erstauftrag zu finden. Insgesamt ist das neue Verfahren ein Erfolgsprojekt, das in vergleichsweise kurzer Zeit realisiert werden konnte. Nachfragen von Krankenkassen und Krankenhäusern zu ihrer Quote konnten mit Hilfe des detaillierten Quotenprotokolles in der Regel geklärt werden.

Extra-Tool des MDK Nord für Krankenkassen im Norden

Beim MDK Nord wurde zusätzlich ein Tool entwickelt, welches den aktuelle Stand der Quotenzähler und das zugrundeliegende Quotenprotokoll voll automatisiert wöchentlich an seine Auftraggeber, die Krankenkassen, versendet. Sie werden somit fortlaufend informiert, wie viele Prüfaufträge sie dem MDK Nord noch für ein bestimmtes Krankenhaus schicken können. Außerdem ist für sie jederzeit nachvollziehbar, warum bestimmte Aufträge abgelehnt wurden, beziehungsweise warum bestimmte Fälle quotenrelevant oder nicht quotenrelevant sind. Dieses Angebot wird von den Krankenkassen sehr geschätzt.

Akten digital: LE-Portal ersetzt Post-Papierflut

Der Austausch von Unterlagen zwischen den Medizinischen Diensten und den Krankenhäusern soll zukünftig digital erfolgen. Das hat der Gesetzgeber bestimmt und die Umsetzung auf 2021 gelegt. Ein ambitioniertes Projekt, das die MDK und die Krankenhäuser gleichermaßen fordert.

Der digitale Austausch soll die bisherigen Verfahren ersetzen, die sehr aufwendig sind. Die MDK und die Krankenhäuser hatten die Unterlagen postalisch (auf Papier oder auf Datenträgern) anzunehmen, wenn nötig zu digitalisieren und dann händisch den Prüfaufträgen zuzuordnen. Die einzelnen Schritte sehen dabei so aus: Der Medizinische Dienst schickt im Anschluss an die Beauftragung durch die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Prüfanzeige, die bei Aktenlagen im MDK durch eine Befundanforderung ergänzt wird. Das Krankenhaus muss die Prüfanzeige dem konkreten Krankenhausaufenthalt zuordnen, die dazu angeforderten Unterlagen auf Papier oder auf einen Datenträger (wie eine CD oder DVD) kopieren und dann postalisch an den MDK verschicken. Beim MDK wiederum müssen die Unterlagen eingescannt werden – sofern sie nicht per Datenträger kommen – und dann manuell einem Versicherten beziehungsweise einem Prüfauftrag zugeordnet werden.

Zuordnung zukünftig ohne manuelle Zuarbeit

Um dieses Verfahren zu verschlanken, hat sich die MDK-Gemeinschaft 2019 entschlossen, für den digitalen Austausch das Leistungserbringer-Portal (LE-Portal) einer externen IT-Firma einzusetzen. Die Betreuung und Koordination der Weiterentwicklung wurde auf die MDK-IT, ein IT-Dienstleister der MDK-Gemeinschaft, übertragen. Bei dem LE-Portal handelt es sich erstmal um eine Web-Anwendung, bei der fallbezogen Unterlagen zwischen MDK und Krankenhäusern ausgetauscht werden können. Sowohl der Transport als auch die Zwischenspeicherung von Unterlagen erfolgt datenschutzkonform verschlüsselt. Das LE-Portal bietet zusätzlich für MDK und Krankenhäuser eine IT-Schnittstelle an, mit deren Hilfe der Up- und Download von Unterlagen automatisiert erfolgen kann. Bei Einsatz der Schnittstelle entfällt der händische Up- und Download, so dass die Zuordnung zum Fall auf beiden Seiten ohne manuelle Zuarbeit stattfinden kann.

Der MDK Nord entschied sich gemeinsam mit anderen MDK einen weiteren externen IT-Dienstleiter damit zu beauftragen, die Schnittstelle für das LE-Portal in die Software DAVMDK (Datenaustausch-Verfahren MDK) zu integrieren. DAVMDK wird von allen Medizinischen Diensten benutzt, um im Rahmen der bundesweit einheitlichen Datenaustauschverfahren (DTA) Aufträge der Krankenkassen digital anzunehmen sowie die gutachterlichen Stellungnahmen den Krankenkassen digital zur Verfügung zu stellen. Die Integration in DAVMDK bietet eine Reihe von strategischen Vorteilen: die Prüfanzeigen und



Das Ende der Mappenberge: Das LE-Portal soll das massenhafte Kopieren und Verschicken von Papierakten zwischen Krankenhäusern und dem MDK ersetzen. Sie müssen zuerst eingescannt und manuell zugeordnet werden, um zur Begutachtung zur Verfügung zu stehen.

Befundanforderungen werden von den MDK-Auftraggebern im Rahmen des DTA-Verfahrens schon jetzt digital zur Verfügung gestellt. Dieser Datenstrom kann direkt genutzt werden, um die Prüfanzeigen oder Befundanforderungen ebenfalls den Krankenhäusern per LE-Portal zur Verfügung zu stellen.

Übermittlung gleich mit Stammdaten

Dabei ist es von großem Vorteil, dass die zur Übermittlung der Prüfanzeige an das Krankenhaus benötigten Stammdaten (wie Versichertenangaben, Kassendaten, Krankenhausaufnahmenummer, MD-Vorgangsnummer) direkt zur Verfügung stehen, da sie bereits im DTA-Auftrag der Krankenkasse enthalten sind. Genauso verhält es sich mit den gutachterlichen Stellungnahmen. Auch sie werden per DTA den MDK-Auftraggebern zur Verfügung gestellt und können in diesem Zuge ebenfalls an das LE-Portal gesendet werden.

Unterlagen, die das Krankenhaus dem MDK Nord über das LE-Portal zur Verfügung stellt, werden automatisch von DAVMDK heruntergeladen und dem bestehenden Auftrag zugeordnet. Von großer Wichtigkeit ist dabei, dass die Krankenhäuser jeder hochgeladenen Datei einen sogenannten Dokumententypen zuordnen. Momentan sind auf dem LE-Portal vier Dokumententypen hinterlegt: „Krankenhausberichte“, „Kurve, Pflege- oder Arzt-Doku“, „Technische-/Labor-Befunde“ und „Zusätzliche Unterlagen“. Nur so ist sichergestellt, dass der MDK-Gutachter alle benötigten Unterlagen zu einem Fall auffinden und für das Gutachten berücksichtigen kann. Im Laufe von 2021 werden für die oben aufgeführten Kategorien noch zusätzlich Unterkategorien definiert, um dem Gutachter die Sichtung der Unterlagen zu erleichtern. Eine beim MDK Nord entwickelte

3 MDK Nord wechselt zur Begutachtung auf Distanz

Ambulante Versorgung setzt auf Telefon-Interviews und die elektronische SFB

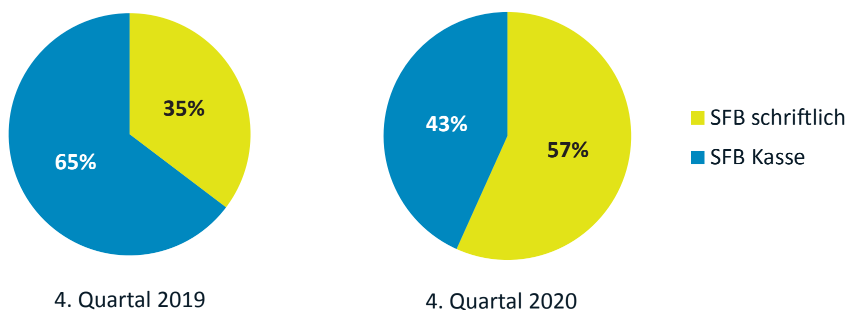
Aktenlage auch mit Telefonat

Die Abteilung Ambulante Versorgung begutachtet grundsätzlich in zwei verschiedenen Formen: nach Aktenlage – also rein auf der Basis von schriftlichen Befunden – und nach Körperlicher Untersuchung (KU) der Versicherten mit persönlicher Befunderhebung.

Allerdings wurde der Begriff der Aktenlage bislang nicht der Tatsache gerecht, dass die bedarfsweise telefonische Kontaktaufnahme mit Versicherten und/oder Behandlern und deren Einbeziehung in die gutachterliche Stellungnahme immer schon Bestandteil von Begutachtungen vor allem zu Anlässen der Arbeitsunfähigkeit war. Diese Telefonate ermöglichen es, Informationen zu bekommen, die deutlich über der reinen Befundanforderung liegt und in Teilen denen einer körperlichen Untersuchung entspricht.

Um den Unterschied zwischen der reinen Aktenlage und der Aktenlage ergänzt durch ein Telefonat zu verdeutlichen, wurden im gutachtenerstellenden Instrument AVDOK im Oktober 2020 neue Erledigungsarten ausgewiesen: zum Beispiel „Aktenlage oder Kurzgutachten mit telefonischem Versichertenkontakt“ und „Aktenlage oder Kurzgutachten mit telefonischem Arztkontakt“. Dies diente auch der Abgrenzung der erhöhten zeitlichen Aufwände, die ein zusätzliches Telefonat mit sich bringt.

Telefonaten mit den Versicherten kamen erstmals von März 2020 an im Zuge der Corona-Pandemie besondere Bedeutung zu, als die Abteilung analog zu den Ereignissen in der Abteilung Pflegeversicherung die körperlichen Untersuchungen (KU) aussetzte. Zunächst im Rahmen eines Pilotprojektes wurden persönliche Kurzuntersuchungen durch ein Telefoninterview mit Versicherten ersetzt. Eine regelhafte Ausweitung der Telefoninterviews mit Versicherten – nicht nur als Ersatz zu weiterhin nicht stattfindenden KU – ist geplant. Sie sollen auch über die Corona-Pandemie hinaus die Begutachtungsarten ergänzen.



Die Umkehrung der SFB-Anteilsverhältnisse lässt sich mit einem aktuellen Quartalsvergleich darstellen.

Digitale SFB ambulanter Anlassgruppen

Ähnlich wie bei Krankenhausleistungen war auch bei Fragestellungen zur Ambulanten Versorgung – verstärkt durch pandemiebedingtes Aussetzen der persönlichen Krankenkassen-Beratungen – ein Produktwechsel zu verzeichnen. So übernahm die schriftliche SFB mit einem entweder postalischen oder digitalen Eingang die bisher vorherrschende Rolle der Kassen-SFB. Dadurch verstärkte sich die Zunahme der ohnehin seit zwei Jahren steigenden schriftlichen Eingänge bei ambulanten Fragestellungen.

SFB unter Pandemie-Bedingungen

Als sozialmedizinische Fallberatung werden im Bereich der Ambulanten Versorgung traditionell mehr als 80 Prozent aller Stellungnahmen erledigt. Bei einer derart signifikanten Fallzahl setzt der MDK Nord auf die weitere Digitalisierung und Vertiefung des elektronischen Datenaustausches mit seinen Auftraggebern.

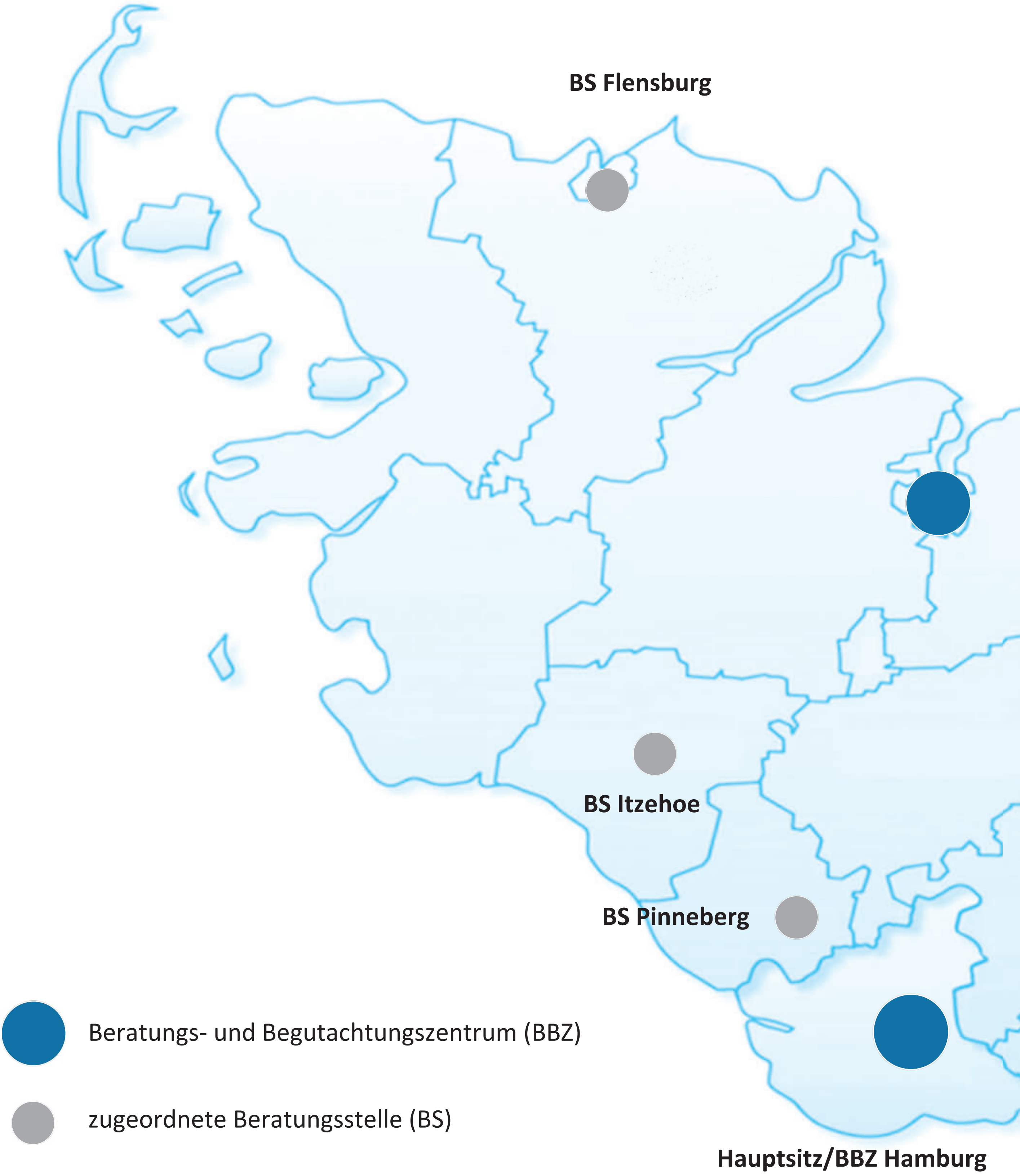
Der Ersatz der Kassen-SFB durch schriftliche SFB bedeutete aber nicht eine Aufgabe der persönlichen Kontakte mit den Krankenkassen-Mitarbeitern. Sie wurden teilweise auch telefonisch aufrechterhalten und sollen als geschätztes Instrument der Zusammenarbeit grundsätzlich nicht aufgegeben werden. Nach Ende der Corona-Pandemie soll das Portfolio der bisherigen Kassen-SFB durch telefonische sowie digitale Möglichkeiten des Austauschs wie Webkonferenzen erweitert werden.

Schnittstellensoftware sorgt dafür, dass die Unterlagen aus dem LE-Portal vollautomatisiert dem Krankenkassenauftrag zugeordnet und im E-Archiv abgelegt werden.

Seit Dezember befindet sich das System in der Pilotierung. Es ist davon auszugehen, dass im Laufe des Jahres 2021 alle Krankenhäuser im Einzugsbereich des MDK Nord die Unterlagen über das LE-Portal austauschen können.

Das bedeutet für die Zukunft: Das LE-Portal stellt in Kombination mit DAVMDK sowohl im Medizinischen Dienst Nord als auch in den mit ihm kooperierenden Krankenhäusern eine große Arbeitserleichterung bei der Bewältigung der Prüfaufträge in Aussicht. Perspektivisch ist das System nicht nur für die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern nutzbar, sondern auch für die Abwicklung von Befundanforderung mit Arztpraxen und anderen Leistungserbringern.

Standorte des MDK Nord



BS Flensburg

MDK Nord Friedrich-Ebert-Straße 9 24937 Flensburg	Tel. Fax	040 25 169-5450 040 25 169-9241

BBZ Kiel

MDK Nord Eichkamp 24c 24116 Kiel	Tel. Fax	040 25 169-5350 040 25 169-9232

BBZ Lübeck

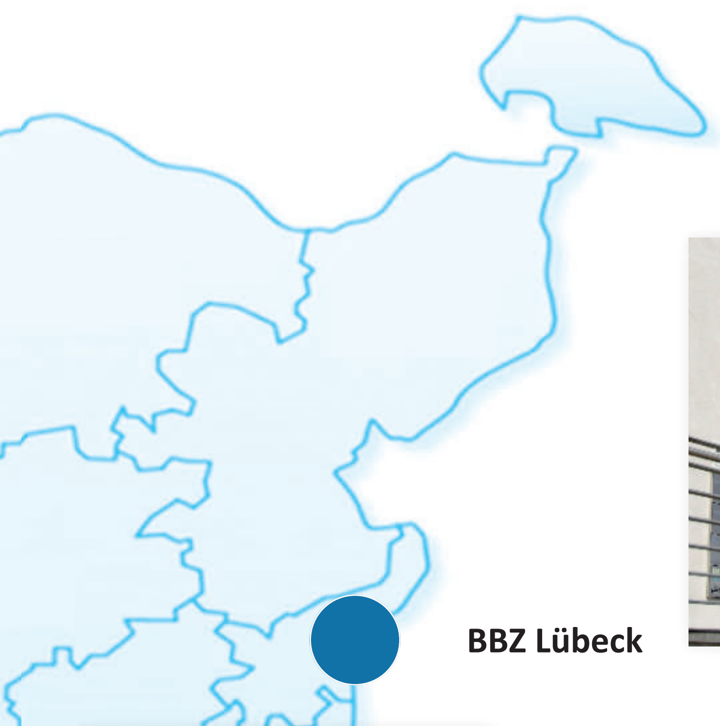
MDK Nord Fackenburger Allee 1 23554 Lübeck	Tel. Fax	040 25 169-5250 040 25 169-9221

BS Itzehoe

MDK Nord Beethovenstr. 7 25524 Itzehoe	Tel. Fax	040 25 169-5620 040 25 169-9461



BBZ Kiel





BBZ Lübeck



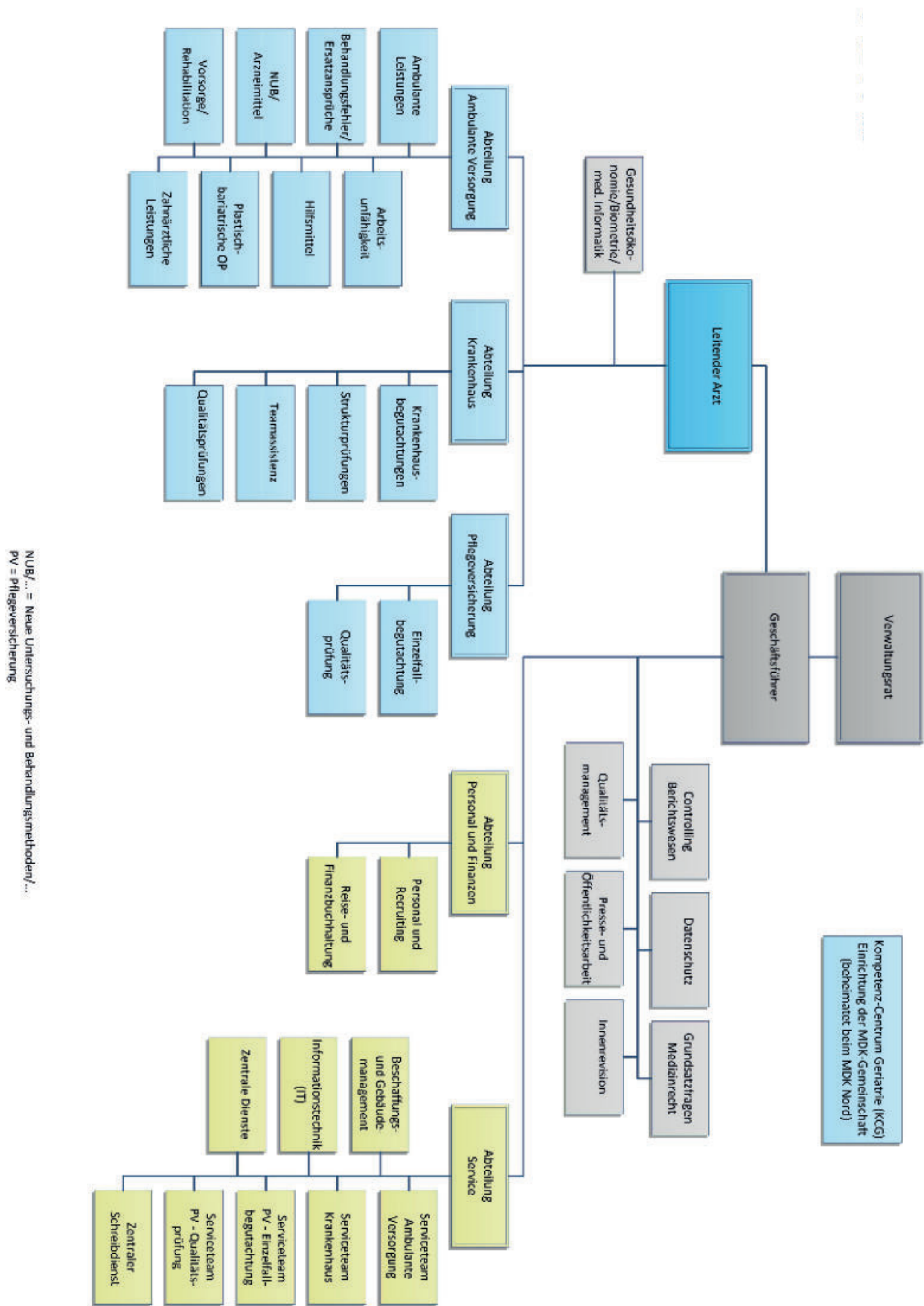
BS Pinneberg

MDK Nord Heinrich-Christiansen-Str. 43 25421 Pinneberg	Tel. Fax	040 25 169-5750 040 25 169-9271

BBZ Hamburg

MDK Nord Hammerbrookstraße 5 20097 Hamburg	Tel. Fax	040 25 169-0 040 25 169-9514

Organigramm



Impressum

Herausgeber: MDK Nord, Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg, V.i.S.d.P. Peter Zimmermann, Geschäftsführer

Texte: Jan Gömer, Stabsstelle Presse- und Öffentlichkeitsarbeit / Pressesprecher

Weitere Autoren:

Dr. Bernhard van Treeck, Seiten 15, 16

Dr. Barbara Mörchen / Dr. Bernhard van Treeck, Seiten 28, 29

Hana Koban / Thomas Rädisch, Stabsstelle Controlling, Grafiken und Texte, Seiten 31 - 35, 37, 39

Dr. Dirk Melcher, Stabsstelle Controlling, Seiten 36, 38

Fotos: Sandrina ven Undin, außer: Thomas Eisenkrätzer (S. 4), privat (S. 22, 23), Jan Scherlitz (S. 26 u.), Jan Gömer (S. 26)

Redaktion / Gestaltung / Layout / Umbruch: Jan Gömer

Druck: AMD Produktion, Oelkersalle 33, 22769 Hamburg

Kontakt: jan.goemer@mdk-nord.de, Tel. 040 25 169 - 1163, www.mdk-nord.de

MDK
MEDIZINISCHER DIENST
DER KRANKENVERSICHERUNG
NORD

Hammerbrookstraße 5
20097 Hamburg
Tel. 040 25 169 - 0
E-Mail info@mdk-nord.de



MDK

MEDIZINISCHER DIENST
DER KRANKENVERSICHERUNG
NORD

JAHRESBERICHT

2019/2020

AUSBLICK 2021